

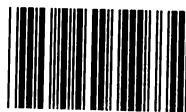
TITULO DE LA TESIS

TECNICA SIMPLIFICADA PARA LA REHABILITACION OCLUSAL POR  
CUADRANTES EN PROTESIS FIJA.

C.D. FIDEL HIRATA TAJARA.

**HIRATA  
TAJARA  
FIDEL  
1984**

**TESIS**



**K(1) UNAM**



Facultad de Odontología  
Div. de Est. de Posgrado e Investigación  
Biblioteca "Barnet M. Levy"

TESIS

PRESENTADO COMO REQUISITO PARA OBTENER EL GRADO DE  
MAESTRIA EN ODONTOLOGIA.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

DICIEMBRE DE 1984.



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.

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO.

TESIS

TECNICA SIMPLIFICADA PARA LA REHABILITACION OCLUSAL POR  
CUADRANTES EN PROTESIS FIJA.

POR

C.D. FIDEL HIRATA TAJAPA.

1984.



TECNICA SIMPLIFICADA PARA LA REHABILITACION OCLUSAL POR  
CUADRANTES EN PROTESIS FIJA.

Aprobado por:



---

D.C.O. Rogelio Rey Bosch.

---

C.D.M.O. Manuel Saavedra Garcia.


---

C.D.M.O. Manuel Plata Prozco.



---

C.D.M.O. Mario Palma Calero.



---

D.C.O. Federico H. Barceló Santana.

RECONOCIMIENTOS.

A LA UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO.

A LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA.

AL D.C.O. Federico H. Barceló Santana

Por la dirección de este trabajo.

A la Sra. Irma Palacios de H.

Por los dibujos de este trabajo.

## Indice.

Página.

Introducción-----	1
Revisión Bibliográfica-----	3
Propósito-----	12
Materiales y Método-----	13
Resultados-----	27
Discusión-----	28
Resumen en Español-----	29
Resumen en Inglés-----	31
Conclusiones-----	33
Bibliografía-----	35
Curriculum Vitae-----	37

## INTRODUCCION.

Los procedimientos clínicos y técnicos ó de laboratorio para la rehabilitación del esquema oclusal en Prótesis fija, es uno de los servicios de mayor calidad que se les puede ofrecer a los pacientes.

El tratamiento mediante Prótesis Fija debe reunir una serie de requerimientos para su éxito. La remodelación ó reconstrucción de las características anatómicas (contorno) el ajuste ó sellado de los márgenes, así como las características estéticas y de diseño de los p<sup>o</sup>nticos, son características esenciales para el buen servicio en esta área.

El diseño oclusal no lo es menos, en virtud de sus características para la preservación de la estabilidad del sistema estomatognático. Un prerequisite para la restauración de un solo diente, es el establecimiento de una oclusión óptima.

El tratamiento más meticulosamente efectuado, estará incompleto si parte ó la totalidad del tratamiento no tiene como requisito el mantenimiento de los dientes y sus estructuras de soporte en armonía con los músculos, huesos, articulaciones y ligamentos de los maxilares.

El sistema estomatognático no puede ser aislado en sus componentes, una parte lesionada del sistema afecta a



las otras partes. Nuestro objetivo de salud óptima no puede ser realizado a menos que todos los componentes funcionales estén en armonía.

## Revision Bibliográfica.

En la revision bibliográfica encontramos algunos de los procedimientos que se llevan a cabo en la solución del problema que plantea la oclusión.

### Resúmen de Registros Oclusales:

- 1.- La Opción Simple: Relacionar los modelos (arcadas totales) a las facetas de desgaste a su máxima interdigitación y montarlos en un articulador no ajustable.
- 2.- La Opción con Mayor Exactitud: Usar un articulador semiajustable.
- 3.- Obtener un montaje con arco facial para el modelo superior y transportarlo al articulador para su fijación.
- 4.- Obtener los registros: céntrico, laterales y protrusivo.
- 5.- Con el registro céntrico fijar el modelo inferior al articulador.
- 6.- Usando los registros laterales y protrusivo, ajustar las acciones condilares del articulador.<sup>2</sup>

### Modelos de Arcadas Parciales Articulados.

Este procedimiento es casi tan exácto como el usado con articulador ajustable. Los articuladores para modelos de arcada parcial, generalmente no son ajustables y pueden usarse solo para abrir y cerrar los modelos (oclusores). Solo pueden restaurarse exactamente los contactos céntricos, pero con experiencia con este método pueden manejarse ciertos modelados pequeños.<sup>5</sup>

### Método Directo de Construcción del Moldeado.

El método direco es un procedimiento útil pero a veces olvidado, para fabricar la incrustación. Este método se logra colocando cera directamente en la preparación y dando forma al patrón sobre el diente. Se usaba ampliamente antes de desarrollarse los materiales de impresión elásticos exáctos y los Odontólogos que usaban el método eran hábiles y comprendían los problemas del ajuste del oro al diente. Se han aconsejado cierto número de técnicas para usar el método de fabricación directo. Este procedimiento se usa esencialmente para hacer pequeños moldeados en dientes anteriores y premolares.<sup>5</sup>

Una técnica para registros oclusales por cuadrantes.

Un problema importante de cualquier técnica de Prog<sub>o</sub>ndoncia Fija, es la orientación del modelo de trabajo a su antagonista, especialmente si el diente más distal del arco es preparado.

La técnica relaciona exactamente los modelos en máxima intercuspidad, en la dimensión vertical del paciente; esta exactitud consiste en relacionar los modelos en los planos: sagital, frontal y horizontal.

El procedimiento se describe para dientes con oclusión esencialmente aceptable, normal ó ajustada y utiliza un trozo de aluminio perforado calibre 24 que sirve de matriz para la pasta de registro superbite\* para relacionar los modelos previa fijación de los mismos con palillos y cera pegajosa.<sup>1</sup>

\* Harry J. Bosworth Co. Skokie Il.

Articulación de Modelos por cuadrantes para restauraciones coladas.

Esta referencia describe una técnica de preparación y montaje del modelo de trabajo usando modelos parciales para ser antagonizados en un ocluser, mediante el uso

de un aditamento plástico con tela delgada intermedia (gasa) el cual es usado como portaregistro para soportar y antagonizar la pasta de registro de mordida. Como condiciones de la boca para su uso son : 1) Oclusión aceptable., 2) Presencia de topes verticales después de la preparación., 3) El diente preparado no deberá estar involucrado en la oclusión lateral.

#### Técnica:

- 1.- Impresión y obtención del modelo de trabajo.
- 2.- Obtención del registro de mordida y del modelo antagonista por medio del portaregistro plástico cargado del material de registro.
- 3.- Corrido del área antagonista sin retirarse del portaregistro.
- 4.- Eliminación del excedente del material en áreas de contacto con tejidos blandos, y de socavados retentivos.
- 5.- Colocación del modelo de trabajo sobre el portaregistro con el modelo antagonista para su fijación.
- 6.- Montaje de ambos en un oclusor.<sup>8</sup>

## Materiales para registro Interoclusal

Se describe un estudio usando el Buhnergraph que es un aditamento que se le adapta al articulador Whip-Mix para medir las desviaciones, basicamente verticales y anteroposteriores a nivel condilar al hacer los montajes de los modelos en el articulador.

Los materiales para el registro interdental deben ser exáctos, de fácil manipulación y económicos.

Cinco tipos de registros intraorales fueron tomados en 31 pacientes y colocados en un articulador arcon semiajustable para medir la magnitud y dirección de la distorsión. Los resultados fueron los siguientes:

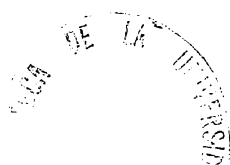
- 1.- Los registros interoclusales con poliether sin matriz fueron los más exáctos.
- 2.- El poliether y la pasta de óxido de zinc y eugenol con matriz fueron los siguientes registros en exactitud pero requieren de una técnica disciplinada.
- 3.- Los registros con ceras fueron consistentemente poco confiables.
- 4.- La distorsion ocurre más frecuentemente en dirección vertical seguida de la dirección anteroposterior.<sup>4</sup>

## Estudio de Materiales de Registro Interoclusal.

La investigación de los modelos articulados con el uso de siete diferentes materiales de registro interoclusal manipulados por tres operadores concluyeron que:

- 1.- La cera de aluminio (aluwax) fué la más variable y menos confiable de todos los materiales.
- 2.- La pasta de óxido de zinc y eugenol (superbite), consistentemente resultó en relaciones de modelos abiertos.
- 3.- Los cinco elastpómeros consistentemente resultaron con los menores errores (Input, Coltoflax, Reprosil, Flexane, y Ramitec.)
- 4.- Los dos grosores diferentes de registros elastoméricos resultaron en diferencias estadísticas de discrepancia en el montaje.
- 5.- En un promedio un estudiante sin experiencia puede hacerlo tan bien como dos experimentados dentistas.<sup>11</sup>

Cualquier registro de cera tiene cambios dimensionales por fluencia y desgaste, distorsiones térmicas y cambios durante su manejo y desplaza dientes y tejidos blandos.<sup>14</sup>



Por presiones excesivas al registro, pueden ocasionarse cambios verticales y rotacionales de la mandíbula.<sup>10</sup>

Registros con metil metacrilato de metilo tienen cambios dimensionales por polimerización retardada y contracción.<sup>12.</sup>

Los registros elastoméricos son flexibles y sujetos a cambios dimensionales con el tiempo.<sup>9</sup>

El material ideal debe ser rígido, con mínimos cambios dimensionales de endurecimiento y deberán exactamente duplicar las superficies de los dientes preparados y sus antagonistas. De acuerdo a Skurnik.<sup>16</sup>, un material de registro ideal deberá: 1) Tener exactitud en la reproducción. 2) De fácil manejo. 3) Tener la dureza justa cuando impresiona. 4) Ser rígida al obtenerse y 5) No ofrecer resistencia al cierre durante el registro.

Harper y Nicholls han demostrado que los compuestos zinquenólicos producen el mejor registro para soldar y remontar teniendo la menor distorsión.<sup>6</sup>



## Teoría de la Rehabilitación Oclusal.

La oclusión de los dientes es la llave de la función oral. Desafortunadamente y con frecuencia, es pasada por alto ó tomada como un hecho en el tratamiento de los pacientes. Esto puede deberse en parte al hecho de que los síntomas de la enfermedad oclusal son frecuentemente ocultos para el práctico no entrenado en reconocerlos, ó apreciar su importancia. Las restauraciones metálicas exitosas de la boca, dependen del mantenimiento de la armonía oclusal.

La perfección en la habilidad requerida para proporcionar tratamientos sofisticados a los complejos problemas oclusales, puede llevar años en adquirirlos. Sin embargo, lo mínimo que se espera del práctico, es que pueda ser capaz de tratar y diagnosticar disarmonías oclusales simples, también debe ser capaz de proporcionar restauraciones que impidan la creación de la enfermedad oclusal iatrogénica.<sup>15</sup>

Es un error común pensar que la enfermedad resulta de una causa simple ó única. La deterioración de la salud oral es casi siempre resultado de varios factores, pero el concepto de multicasualidad no deberá complicar el tratamiento; este deberá servir para simplificarlo. La confusión puede causar el fracaso en diferenciar los factores causales

de los factores contribuyentes. Un factor contribuyente no puede causar por sí solo la enfermedad, este simplemente disminuye la resistencia del huésped al factor causal. Como ejemplo, una interferencia oclusal puede causar un severo síntoma de disfunción de la articulación temporomandibular en un paciente con stress emocional, mientras que la misma interferencia puede no ser notada en una persona completamente sana con alta resistencia personal.

El problema emocional no causa el síndrome, pero a causa de los cambios bioquímicos asociados, al stress emocional, la resistencia del huésped disminuye a un punto que permite a la fuerza oclusal desencadenar el síndrome.<sup>3</sup>

### Propósito.

El propósito de este estudio es presentar y determinar las características y precisión de un procedimiento clínico y de laboratorio simplificados, cuyo objetivo es mejorar la calidad en la relación oclusal de las restauraciones coladas que se usan frecuentemente en Operatoria Dental y Prótesis Fija.

Se presentará el procedimiento y se observarán las variaciones que se encuentran a lo largo del procedimiento de acuerdo a parámetros de apreciación clínica.

Es importante hacer conciencia que una relación oclusal adecuada de cualquier restauración, debe ser la norma a seguir, como prevención al establecimiento de una oclusión patológica, cuyos resultados con frecuencia son irreversibles.

## Materiales y Método.

### Materiales:

- 1.- Vaselina.
- 2.- Aplicador con algodón.
- 3.- Lámpara de alcohol.
- 4.- Silicón vizcoso y fluído.
- 5.- Lozeta para mezclar.
- 6.- Barniz de copal.
- 7.- Espátula # 7.
- 8.- Cera rosa dura.
- 9.- Cera de aluminio ( Aluwax).

### Metodo:

Se prepararon, impresionaron y restauraron 20 dientes posteriores, con restauraciones coladas que incluían la cara oclusal, en 20 diferentes pacientes cuyas características oclusales no presentaban sintomatología de disarmonía oclusal. Por medio de apreciación clínica se evaluaron los resultados inmediatos.

El análisis previo de las relaciones oclusales es importante y deberá reunir las siguientes características:

- 1.- Oclusión aceptable sin necesidad de equilibración.
- 2.- La presencia de topes verticales después de la preparación.
- 3.- En caso de interferencias, primeramente equilibrar la oclusión fig.,1.

La preparación del diente posterior a restaurar, se lleva a cabo en forma convencional, teniendo cuidado de que exista el suficiente espacio interoclusal para la correcta conformación de la restauración y así evitar la posibilidad de zonas muy delgadas en la restauración con el consecuente riesgo de perforación fig 2.

La obtención de la impresión y del modelo de trabajo es con la técnica de preferencia del operador..

Mezcle un poco de silicón de alta viscosidad con su acelerador, aplíquelo manualmente sobre el diente preparado conformándolo en la periferia (fig 3), pida al paciente que cierre en posición intercuspídea, procurando que únicamente impresione el tercio oclusal de el ó los dientes antagonistas para evitar dentro de lo posible los socavados retentivos naturales de la anatomía dentaria (fig 4). Es este mel

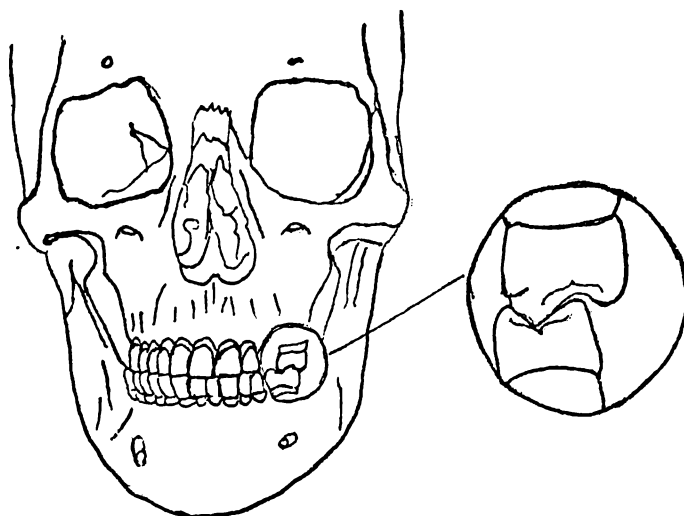


Fig. 1., Relación de oclusión aceptable sin interferencias.

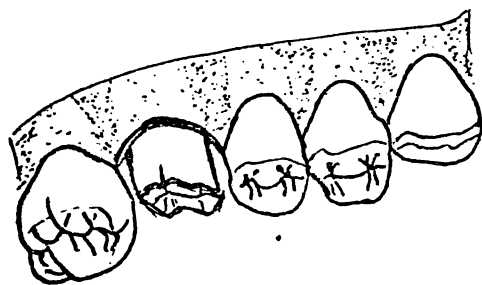


Fig 2.. Preparación convencional (muñón para corona total).

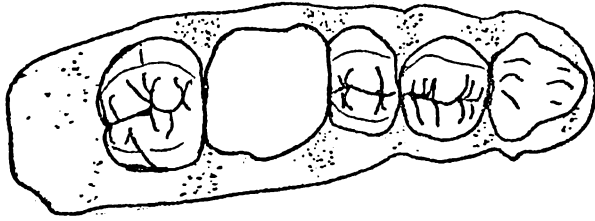


Fig 3., Colocación de silicón de alta viscosidad conformándolo sobre la preparación.

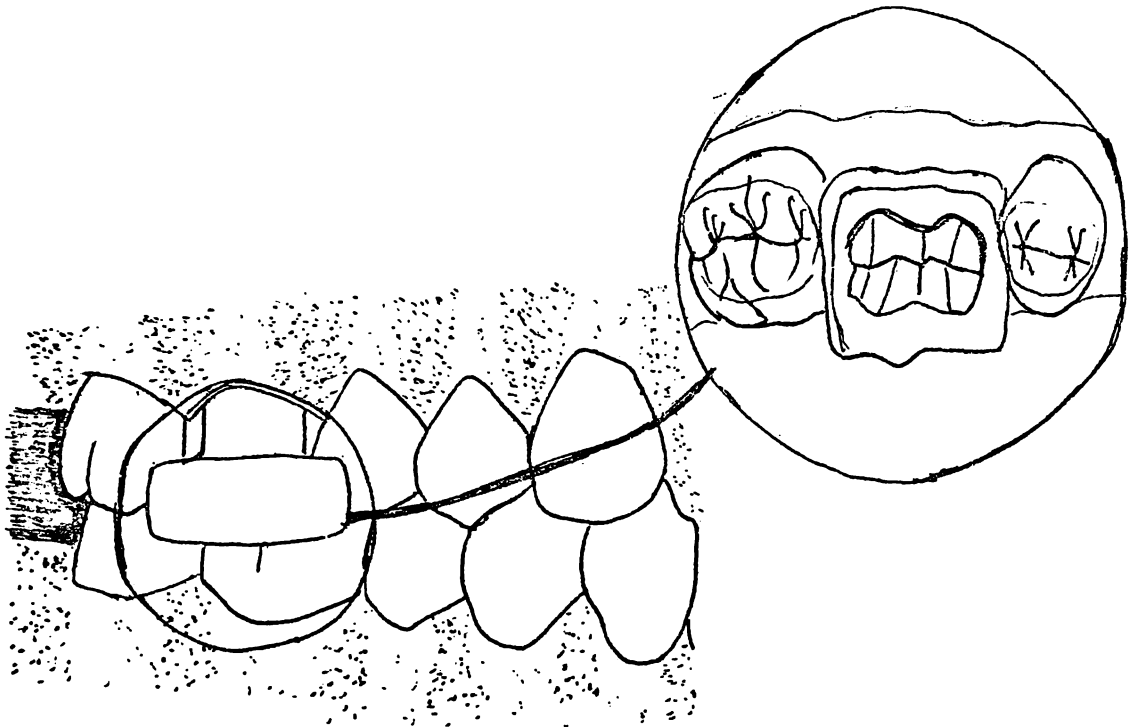


Fig 4.- Cierre del paciente en posición intercusárea impresionándose el tercio oclusal antagonista.

momento utilizado para observar la oclusión contralateral, para asegurar la máxima intercuspidación (oclusión céntrica). Una vez polimerizado el silicón, verifique que el ajuste con la preparación del diente sea la adecuada y retírelo de la boca. Observe que la impresión del tercio antagonista sea definida. En caso de que el ajuste del silicón viscoso a la preparación, ó que la impresión del tercio antagonista ó ambas no sea la correcta, se puede rectificar el lado incorrecto ó ambos con silicón fluído que sea compatible. Retírelo de la boca nuevamente e inspecciónelo para su aprobación. Guárdelo en una caja ó frasco para su uso posterior.

Caliente un fragmento de cera rosa dura, más ó menos el espesor de tres hojas (cuadros de cera de aprox., 15 mms.), colóquelos sobre la punta de la espátula # 7 y relandezcalo a la flama del mechero. Previa colocación de barniz de copal sobre la superficie oclusal del diente preparado, y estando aún fresco el barniz, aplique la cera sobre la cara oclusal de la preparación y contornee digitalmente tratando de dejar una superficie antagonista amplia. Evite que la cera sobre la preparación tenga contacto con los tejidos blandos para evitar su desplazamiento. Pida al paciente que cierre nuevamente en posición intercuspidéa,



corroborando el adecuado contacto de los dientes, recorte los excedentes bucal, palatino e interproximal que sobresalen del lado antagonista de manera que no existan interferencias. Recoloque la cera en la preparación y proceda a llevar al paciente a relación céntrica, guiando al paciente en todas las excursiones: primero al lado de trabajo y de regreso a relación céntrica, luego al lado de equilibrio y regreso a relación céntrica y finalmente a protrusiva y de regreso a relación céntrica. El paciente deberá ser guiado en movimientos combinados de manera que podamos obtener espacio suficiente para las cúspides en función (Patrón funcionalmente generado).

Remueva cualquier exceso de cera que se haya desplazado por las superficies oclusales de los dientes adyacentes, observe que la cera se encuentre firmemente posicionada en su lugar. La estabilidad de la cera es un factor muy importante para tener exactitud en la reproducción. Si se desea, se puede aplicar una capa delgada de cera de aluminio sobre la cera dura para facilitar el deslizamiento a las posiciones excéntricas (Fig 5). Retire la cera y guárdela con el registro de silicón, evitando la deformación durante su manejo.



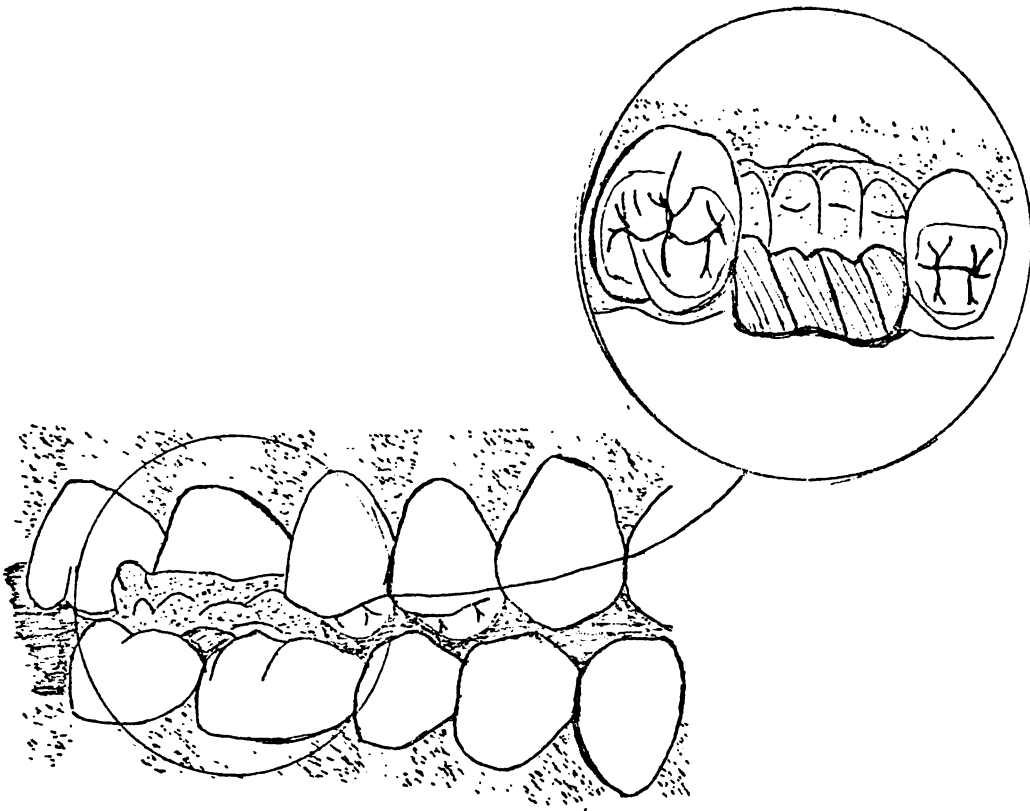


Fig. 5 Registro del recorrido de las cúspides en cera para la obtención del patrón funcionalmente generado.

Obtenga el modelo de trabajo con el dado previamente individualizado (die-lock ó dowel pin), y el modelo de trabajo delimitado en su terminación. Fig. 6.

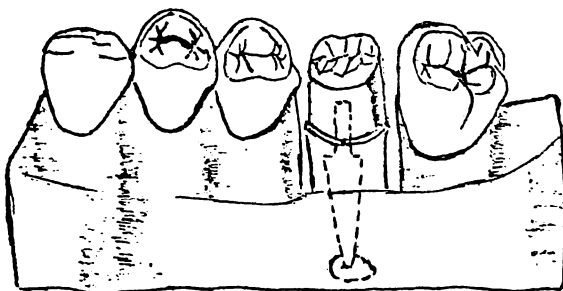


Fig. 6. Modelo de trabajo individualizado y preparado.

### Antagonización de los modelos.

#### Materiales:

- 1.- Separador de yesos (jabón líquido).
- 2.- Yeso de precisión (vel-mix, die-rock, etc).
- 3.- Taza de hule.
- 4.- Espátula para batir yeso.
- 5.- Pincel.
- 6.-Mango con bisturí Bard-Parker #11.
- 7.- Cera en polvo (disclising wax) ó Pintura blanca.
- 8.- Papel para articular.

#### Preparación:

Prepare el modelo de trabajo: si la preparación tiene dientes vecinos mesial y distalmente, la anatomía oclusal será suficiente para soportar las guías antagonistas que se construirán. Si la preparación es de el diente más distal del arco, se debe de dejar un volumen suficiente del yeso que quede más ó menos a la altura del área oclusal para hacerle una muesca triangular que nos sirva de índice para relacionar la guía antagonista Fig. 7 y 8.

## Construcción de las guías céntrica y excéntrica.

### Guía de oclusión céntrica:

Se coloca la relación de silicón previamente obtenida sobre el modelo preparado, teniendo cuidado de que a siente perfectamente sobre la preparación, cuando el asen tamiento no sea el adecuado, corrobore que: 1) No existan interferencias por impresión de tejidos blandos. 2) Que el dado individual esté perfectamente colocado en el mode lo de trabajo. 3) Que no existan burbujas de yeso sobre la preparación que impidan el asentamiento. Si encuentra cualquiera de estos problemas, corríjalos para que el silicón ajuste perfectamente ya que de esto depende la pre sición del trabajo, y la exactitud de los contactos en oclusión céntrica. Con un pincel aplique separador de yeso (agua jabonosa) sobre los dientes vecinos ó sobre la guía triangular, coloque la relación de silicón sobre la prepa ración fijandola perfectamente. Mezcle el yeso de presi ción y vacíelo sobre el silicón y sobre los dientes veci nos procurando evitar la formación de burbujas de aire, coloque la cantidad suficiente de yeso para tener una guía resistente. Procure evitar que el yeso vaya más allá del tercio oclusal de los dientes para evitar que penetre en

los socavados retentivos y déjelo fraguar. Después de 60 minutos, retiramos el silicón con la guía de yeso obtenida a la que le retiramos el silicón y le denominamos guía céntrica Fig. 7

Guía de oclusión excéntrica.

Para obtener esta guía, colocaremos la relación de cera del patrón funcionalmente generado sobre el modelo de trabajo y se procede igualmente a asentarla y fijarla adecuadamente teniendo cuidado de no deformarla, pincelamos nuevamente agua jabonosa sobre los dientes vecinos ó sobre la guía triangular, y nuevamente corremos con yeso de precisión sobre la superficie del patrón y de los dientes vecinos, y esperamos el fraguado. Fig 7-A.

De esta manera, tenemos dos relaciones que podemos colocar sobre el mismo modelo. En la guía céntrica se obtiene directamente la relación de los contactos sobre el modelo de trabajo. Como es íntima la relación entre los modelos, los errores y discrepancias pueden visualizarse al comparar las áreas antagónicas en las zonas vecinas a la preparación. Si se observa separación entre los dientes vecinos, quiere decir que hubo un asentamiento erróneo de la guía y tenemos que repetir el procedimiento.

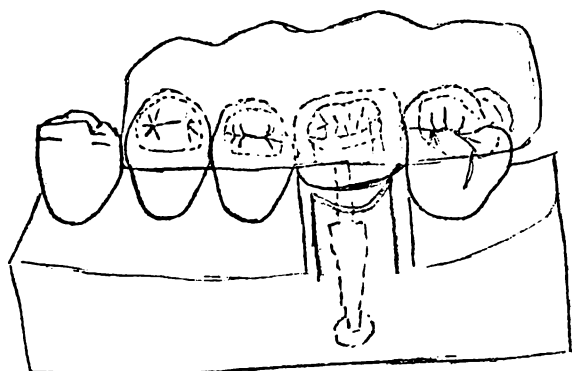


Fig 7.- Obtención de la guía céntrica con el silicón.

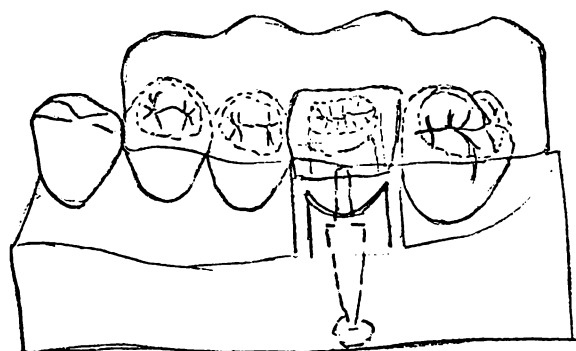


Fig 7 A.- Obtención de la guía excéntrica con el patrón funcionalmente generado.

La guía excéntrica nos sirve para modelar el patrón de cera y la restauración metálica de manera que no existan interferencias en los movimientos laterales y protrusivos de forma similar a como se hace en la técnica de Pankey Man, solo que en este caso, la relación se obtiene directamente sobre el modelo de trabajo y no en la boca.

Construcción del patrón de cera:

En la guía céntrica, localizamos y marcamos las cúspides de apoyo que utilizaremos para soportarse en la restauración. Se construye el patrón de cera de forma convencional, usamos la guía céntrica para determinar las contenciones céntricas ó la libertad que queremos proporcionarle (céntrica larga). Usando cera en polvo ó pintura blanca para zapatos, eliminamos los contactos prematuros con la guía céntrica. Después, colocamos el índice funcional ó guía excéntrica y liberamos las interferencias usando nuestro marcador interoclusal. Se procede a la terminación de la anatomía accesoria del patrón de cera y se procede de forma convencional a la obtención del colado.

Obtenida la restauración metálica y ajustada previamente al modelo de trabajo, se pule hasta hule abrasivo. Con las guías y papel de articular eliminamos las in

interferencias en oclusión céntrica y en posiciones excéntricas.

Mediante esta técnica, cuando existen interferencias, la guía se balancea por el contacto prematuro intermedio y podemos sentirlo digitalmente, teniendo la posibilidad de eliminar las interferencias antes de la prueba del metal en el paciente lo que nos evitará un trabajo excesivo de refinamiento oclusal y pérdida de la anatomía oclusal en la cita clínica Figs. 8 y 9.

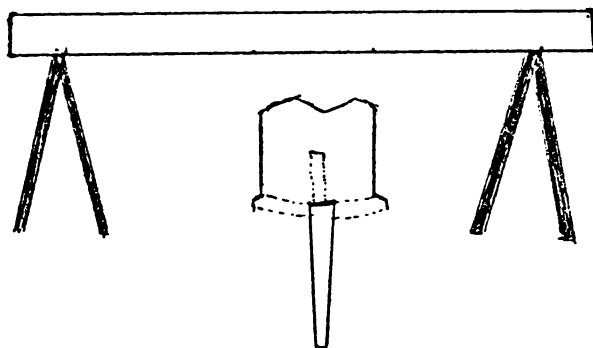


Fig. 8 Extremos que soportan el índice ó guía.

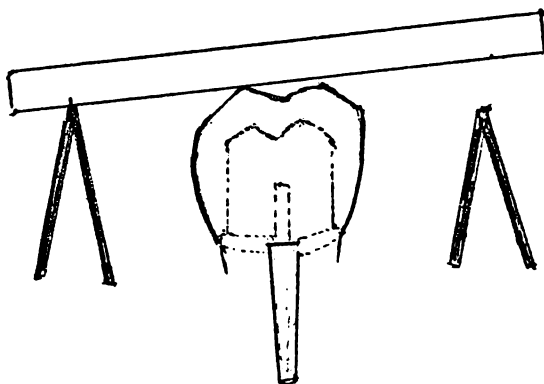


Fig. 9 al existir un contacto intermedio. la guía se levanta de un extremo el cual puede sentirse digitalmente.



El procedimiento es sencillo y permite resolver con exactitud el aspecto oclusal de las restauraciones con precisión, sin el uso de articuladores y transferencias complejas cuyo uso es poco común en nuestro medio.

La técnica se puede utilizar para estabiliza la oclusión cuando se restauran dientes en la práctica general ,. lo que permitirá un servicio más completo.

## Resultados.

Desde el punto de vista de la valoración clínica, los resultados fueron favorables en un 85% de los casos.

El ajuste necesario de las restauraciones directamente en la boca, fué igual ó de menor magnitud que los procedimientos utilizados en otras técnicas.

Como en cualquier tipo de procedimiento clínico y de laboratorio, el cuidado en cada uno de los pasos de la secuencia técnica, es de primordial importancia para evitar los errores que se presentan.

Existió un 15% de fracasos en el procedimiento, de los cuales aproximadamente un 8% de estos fracasos, - pueden corregirse en el laboratorio, y sobre el modelo de trabajo, obteniendo una nueva guía y utilizando marcador en cinta para ajuste oclusal.

### Discusión.

Durante los procedimientos clínico y de laboratorio se observan variaciones en los resultados, que considero que pueden ser, como se analiza en la revisión bibliográfica previa a este procedimiento, causadas básicamente por las modificaciones que sufren los materiales utilizados y que por lo tanto, estas variaciones se observan también en los procedimientos utilizados tradicionalmente.

Los fracasos y variaciones más frecuentes, básicamente se deben a errores humanos en el manejo del procedimiento, ya sea por deficiencia en la clínica, ó por errores en el laboratorio al tratar de asentar la guía de relación oclusal. En ocasiones hubo modificaciones por error del procedimiento clínico al tratar de guiar al paciente a relación intercuspídea y esto no se logró de manera óptima.

Considero que el procedimiento es adecuado y puede ser utilizado en el manejo de restauraciones oclusales simples ya que los resultados son favorables para su utilización.

## RESUMEN.

En la actualidad, las técnicas utilizadas varían desde un alto grado de complejidad, con aparatología cuyo costo es elevado, a procedimientos tan sencillos que minimizan el problema, como por ejemplo, la reconstrucción de las superficies oclusales sin antagonista, tratando de diseñarlas fuera de contacto oclusal. Esto ocasiona una rehabilitación oclusal inadecuada con inestabilidad de los dientes restaurados, que con la presión masticatoria pueden migrar produciendo interferencias oclusales que podrían ser el origen del establecimiento de una oclusión patológica.

El objetivo de este estudio, consiste en el planteamiento de un procedimiento técnico, el cual consiste en rehabilitar uno ó varios dientes posteriores en su aspecto oclusal, mediante una técnica simplificada, con la idea de promover su uso, haciendo hincapie en las características e importancia de los contactos oclusales como una medida propedéutica para el mantenimiento de la estabilidad dentaria.

Es una modificación basada en algunos procedimientos aceptados y de uso generalizado pero con algunas variantes que simplifican su uso.

Se analizaron los resultados clínicos de los pacientes utilizados en la experiencia, y se estimó que el procedimiento tiene un promedio de éxito de un 85%.

Del porcentaje de fracasos, aproximadamente un 8% pueden corregirse de una manera sencilla y sin gran pérdida de tiempo.

### Summary.

Techniques used presently vary from a high degree of complexity with high cost apparatus, to simple procedures which minimize the problem, as for instance reconstruction of occlusal surfaces with no antagonist, designing them out of occlusal contact. This gives way to an inadequate occlusal rehabilitation with lack of stability in restored teeth, which can migrate with the masticatory pressure producing occlusal interferences which could be the origin of the establishment of a pathologic occlusion.

The objective of this study is the proposal of a technical procedure which consists in the rehabilitation of one or several posterior teeth in their occlusal aspect through a simplified technique, to promote its use stressing the characteristics and importance of occlusal contacts as a propedeutic measure for the maintenance of dental stability.

It is a modification based in some procedures which are well accepted and used, but with some variantes which simplify their use.

The clinical results, of the patients used in this experience were analyzed, and the succes rate of the procedure was calculated at 95%.

Approximately 8% of the failure rates can be corrected simply and without waste of time.

### Conclusiones.

1.- El ajuste oclusal necesario se realizó posterior a la colocación de las restauraciones, corrigiendo las variaciones en la colocación de la guía sobre el modelo de trabajo, tal y como sugieren otras técnicas.

2.- Los resultados clínicos y de laboratorio fueron favorables en un 85 % de los casos.

3.- Como en los procedimientos descritos en la literatura, esta técnica también puede sufrir variaciones por los cambios dimensionales de los materiales utilizados.

4.- El 15 % de fracasos, se debió primordialmente al manejo inadecuado del procedimiento, ya sea en la clínica ó en el laboratorio.

5.- En ocasiones, se observaron variaciones en la relación oclusal, principalmente por la falta de ajuste de la restauración sobre el diente, pero que no pueden atribuirse al procedimiento en sí.

6.- La falta de restauraciones provisionales adecuadas, falsea los resultados por migración (antagonización oclu



sal) en pocos días.

7.- Las restauraciones pueden volverse a ajustar sobre el modelo de trabajo, con la repetición de la relación oclusal, corrigiendo la restauración con cinta marcadora para ajuste oclusal.

8.- Se pueden hacer modificaciones al procedimiento usando varios tipos de materiales en diferentes etapas, pero siguiendo el procedimiento técnico básico.

9.- Comparativamente, este procedimiento es más accesible que otros encaminados a los mismos resultados, ya que es menos costoso y su aplicación es más simplificada.

## BIBLIOGRAFIA.

- 1.- Adams,H.F., A technique for quadrant interocclusal records. J. Prosthet. Dent. 47: 44-1982.
- 2.- Baum Lloyd., Phillips. W.r., Lund,M.r., Textbook of Operative Dentistry 1981 W.B.,Saunders Co.
- 3.- Dawson P.E. Evaluation Diagnosis and Treatment of Occlusal Problems Ed. 1., St. Louis, 1974, The C.V. Mosby CO.
- 4.- Fattore,L., Malone, W.F. Clinical Evaluation of the Accuracy of Interocclusal Recording Materials. J.Prosthet. Dent. 51:152 1984.
- 5.- Gilmor,H.W., Lund, M.P. Odontología Operatoria 1983 Edit. Interamericana.
- 6.- Harper,R.J., Niccholls,J.I. Distortions in Indexing methods and Investing Media for Soldering an Mounting Procedures. J.Prosthet. Dent. 42:172-1979.
- 7.- Kafandaris,N.M., A modified Functionally Generated Path Technique for Making Maxillary Posterior Ceramometal Restorations. J.Prosthet. Dent. 46:29- 1981.
- 8.- Koth D.L., Van, B.H. Articulation of Posterior Quadrant Impressions for Cast Restorations. J.Prosthet. Dent 44:394 1980.

- 9.- Millstein P.L., Clark,R.E., Myerson, R.L. Differential Accuracy of Silicon Body Inteocclusal Records and Associated Weight Lost to Volatiles. J.Prosthet Dent. 33:649-1975.
- 10.- Millstein P.L. Clark,R.E.,Kronman,J.H., Determination of Accuracy of Wax Interocclusal Registration, Part II., J.Prosthet. Dent., 29:40, 1973.
- 11.- Mullick, S.C., Stackhouse, J.A., Vincent, G.R., A Study of Interocclusal Record Materials. J.Prosthet. Dent. 46:304,1981.
- 12.- O'Brien, W.J., Ryge, G. Outline of Dental Materials Philadelphia, 1978., W.B. Sanders Co.
- 13.- Ramfjord Ash. Oclusion., 2a Ed., México 1972 Edit. Interamericana.
- 14.- Scott, W.R. Occlusal Registrations Using Alginate Impression Material J.Prosthet. Dent., 40:417 1978.
- 15.- Shillinburgh/Hobo/Whitsett. Fundamentals of Fixed Prosthodontics 2nd. Ed. 1981 Quintessence Books.
- 16.- Skurnik ,H. Resin registration for Interocclusal records J. Prosthet. Dent. 37:164-1977.



DONTOLOGIA