

318322

2
22

UNIVERSIDAD LATINOAMERICANA

ESCUELA DE ODONTOLOGIA

Incorporada a la U.N.A.M.



TRASTORNOS OCLUSALES Y SU RELACION CON EL APARATO MASTICADOR

TESIS CON
FALLA DE ORIGEN

T E S I S
Que para obtener el Título de :
C I R U J A N O D E N T I S T A
P r e s e n t a :
JUAN PABLO BOSCH DE LOS RIOS

México, D.F.

1991



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 está 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.

I N D I C E

TRASTORNOS OCLUSALES Y SU RELACION CON EL APARATO MASTICADOR

INTRODUCCION	pág. 1
CAPITULO I	
ANATOMIA DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR	pág. 2
Mandíbula	pág. 3
Meniscos Articular	pág. 5
Tejido Sinovial	pág. 6
Cápsula Fibrosa	pág. 7
Ligamentos de la Articulación	pág. 7
Músculos Masticadores	pág. 9
CAPITULO II	
CINESIOLOGIA DE LA OCLUSION	pág. 11
Movimientos de la Mandíbula en un Plano Sagital	pág. 11
Movimientos de la Mandíbula en un Plano Horizontal	pág. 14
Movimientos de la Mandíbula en un Plano Frontal	pág. 16
Morfología Oclusal	pág. 17
CAPITULO III	
CLASIFICACION DE ANGLE DE LAS MALOCLUSIONES	pág. 23
CAPITULO IV	
GUIAS DE OCLUSION	pág. 26

CAPITULO V

ETIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DEL APARATO MASTICADOR	pág. 29
Etiología del Bruxismo	pág. 32
Bruxismo Excéntrico	pág. 34
Tono Muscular	pág. 34
Interferencias Oclusales	pág. 35
Otros Factores que Desencadenan el Bruxismo	pág. 35
Bruxismo Céntrico	pág. 36
Importancia del Bruxismo	pág. 37
Etiología del Trauma por Oclusión	pág. 37
Factores Desencadenantes	pág. 37
Factores Predisponentes	pág. 38

CAPITULO VI

PLAN DE TRATAMIENTO PARA LAS DISFUNCIONES DEL APARATO MASTICADOR	pág. 41
Objetivos de Tratamiento	pág. 41
Objetivos a Largo Plazo	pág. 42
Diagnóstico	pág. 44
Signos y Síntomas de la Bruxomanía	pág. 47
Signos y Síntomas del Trauma Oclusal	pág. 51
Tratamiento del Bruxismo	pág. 53
Tratamiento del Trauma Oclusal	pág. 57

CONCLUSIONES

I N T R O D U C C I O N

La articulación temporomandibular mantiene la atención de los profesionales para que los pacientes no sólo obtengan la estética deseada, sino que además, el paciente tenga un sistema masticatorio funcional y balanceado.

En la actualidad se ha visto aumento en disarmonías de la articulación temporomandibular debido a la situación en la cual estamos viviendo, debido al stress, etc.

Por ello para lograr una rehabilitación bucal correcta se deberá tomar en cuenta principalmente los factores funcionales y estéticos del paciente.

Las disarmonías de la articulación temporomandibular juegan un papel muy importante dentro del factor funcional de la misma.

C A P I T U L O I

ANATOMIA DE LA ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

La articulación temporomandibular se encuentra formando parte del sistema masticatorio.

La mandíbula se articula al cráneo a través, de cápsulas articulares, músculos, ligamentos y otros tejidos blandos.

La articulación temporomandibular se encuentra compuesta principalmente de:

Hueso Temporal	cavidad glenoidea eminencia articular
Mandibular	cuello y condilo
Cavidades Sinoviales	
Cápsula Fibrosa	

Ligamentos

temporomandibular

estilo mandibular

esfeno mandibular

La superficie articular se encuentra formada de una porción cóncava posterior y una porción convexa anterior. La porción cóncava se encuentra constituyendo la cavidad glenoidea, y la porción convexa forma la eminencia articular.

En el adulto la superficie articular presenta una capa bien definida de cortical cubierta de tejido conectivo fibroso denso avascular.

M A N D I B U L A

LA MANDIBULA SE DIVIDE EN UN CUERPO Y DOS RAMAS

El cuerpo de la mandíbula tiene una forma de herradura, presentando una cara anterior, la cual su línea media tiene una cresta vertical llamada sínfisis mentoneana, a la altura de los premolares se observa el agujero mentoneano, atrás de este se encuentra el borde anterior de la rama vertical y termina en el borde inferior del cuerpo llamada línea oblicua externa, en esta se inserta el músculo triangular de los labios, cutáneo del cuello y cuadrado de la barba.

En la parte posterior presenta cerca de la línea media, cuatro tubérculos apófisis gení, dos superiores donde se insertan los músculos genioglosos y en las dos inferiores los músculos geniohioideos.

Presenta línea oblicua interna que parte del borde anterior de la rama vertical cerca del borde inferior del cuerpo.

La mandíbula presenta una rama derecha y otra izquierda, ambas en forma cuadrangular y su eje se encuentra hacia atrás.

El cóndilo es de forma elipsoidal, aplanado hacia adelante y hacia atrás, el eje mayor se encuentra dirigido hacia adelante y afuera, y se articula con la cavidad glenoidea del temporal, uniéndose al resto de la rama por el cuello del cóndilo.

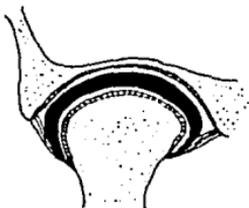
El cóndilo cuenta con dos superficies, que es la anterior y posterior de la cabeza condílea y se encuentra cubierta por tejido muy adherente que formara la superficie inferior de la articulación lubricada con el líquido sinovial.

El cuello del cóndulo presenta en su cara antero interna la fosita ptergoidea para la inserción del fascículo inferior del pterigoideo (interno) externo.

M E N I S C O S A R T I C U L A R

El menisco articular se forma de tejido conectivo colajeno denso es más bien tejido fibroso que cartilaginoso.

La parte posterior del menisco se aloja la cavidad glenoidea, se extiende hacia abajo a la superficie del cóndilo del cual se separa por medio de el espacio articular.



Sección frontal de la articulación temporomandibular.

Atras de esta expansión se encuentra tejido conectivo vascular, que impide que el cóndilo se vaya hacia arriba y atras, en cambio le permite moverse hacia abajo y atras.

La parte anterior del menisco se encuentra unida al hueso delante del cartilago articular, también se une con tendones muy finos que lo conectaran con el músculo pterigoideo externo, además este músculo presenta una amplia inserción al cuello del cóndilo.

La parte anterior se encuentra mal definida formada por tejido laxo. En cambio la parte posterior es mucho más gruesa pero sin una estructura capsular funcional bien definida del tejido conectivo fibroso, además por la pared externa encontramos fibras colocadas en las haces paralelas constituyendo el ligamento temporomaxilar.

TEJIDO SINOVIAL

La función de este tejido es la formación de líquido lubricante que es un mucopolisacárido, responsable de la fricción de la articulación.

Es evidente que la circulación sinovial interviene para lubricar la articulación y proveerla de metabólitos para el continuo reemplazamiento, reparación y remodelamiento del cartilago articular.

También tiene una función fagocitica y respuesta inflamatoria a irritación física y química, absorbiendo cualquier resto o fragmento del cartilago que penetre en la cavidad de la articulación.

CAPSULA FIBROSA

La cápsula de la articulación se fija, al hueso temporal a lo largo del borde de los tejidos articulares de la eminencia de la fosa mandibular, al cuello del maxilar y al menisco articular.

La porción externa de la cápsula se encuentra reforzada por el ligamento temporomaxilar.

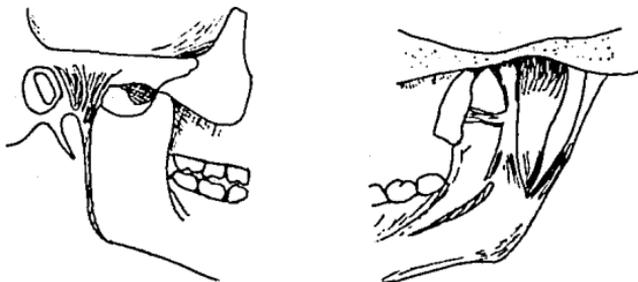
La porción superior de la cápsula es más laxa que la porción inferior, que comprende del menisco al cuello del cóndilo. Esta laxitud de la cápsula permite los movimientos de deslizamiento de la mandíbula.

La superficie interna de la cápsula se encuentra tapizada por la sinovial que sirve para la inserción del reborde del menisco quedando dividida la cavidad articular en suprameniscal e inframeniscal.

LIGAMENTOS DE LA ARTICULACION

La articulación se compone de tres ligamentos, el temporomandibular, esfenomandibular y estilomandibular, los dos últimos son ligamentos accesorios.

El temporomandibular es el ligamento más fuerte, va de el borde inferior de la apófisis cigomática del hueso temporal, siguiendo una dirección oblicua inferoposterior, este ligamento juega un papel muy importante en la limitación del movimiento terminal de bisagra.



El ligamento esfenomandibular se dirige desde la espina del hueso esfenoides hacia abajo y afuera hasta la espina de spix.

El ligamento estilomandibular va de la apófisis estiloides hasta el borde posterior de la rama ascendente.

La influencia de los ligamentos accesorios, no es bien conocida en lo que se refiere a los movimientos de la mandíbula. Los ligamentos solo limitan la extensión de los movimientos pero no los guían.

MUSCULOS MASTICADORES

Los principales músculos de la masticación son: temporal, masetero, pterigoideo interno y pterigoideo externo, estos músculos reciben su inervación de la división mandibular del trigemino.

Músculo masetero.- Se origina en la cara externa y superficie profunda del arco cigomático y se dirige a la cápsula de la articulación temporomandibular en su porción superior, en su porción inferior, se inserta en la rama ascendente y el cuerpo de la mandíbula, es de forma rectangular y esta formado por dos haces musculares. Su principal función es la elevación de la mandíbula (cierre), también toma parte en movimientos de lateralidad.

Músculo temporal.- Tiene forma de abanico, se origina en la fosa de temporal y la facial temporal del lado del cráneo.

Sus fibras se dirigen en dirección anteroinferior y pasa por debajo del arco cigomático. El temporal se inserta en el borde superior y en la mitad de la superficie de la apófisis coronoides de la mandíbula y en la cara anterior de la rama ascendente.

Presenta tres tipos de fibras, verticales, oblicuas y horizontales. La función principal del temporal es reposicionar la mandíbula durante el cierre, además es muy sensible a interferencias oclusales.

Pterigoideo interno.- Se encuentra situado por dentro de la rama de la mandíbula, su inserción por arriba tiene lugar en la fosa pterigoidea y se dirige hacia abajo, atrás y afuera.

Tiene acción en los movimientos de lateralidad y también actúa en la elevación y protrusión simple.

Pterigoideo externo.- Tiene dos orígenes, uno en el cráneo en la cara externa del ala externa de la apófisis pterigoidea, y el otro más pequeño que se origina en el ala mayor del esfenoides. Su inserción principal es por delante del cuello del cóndilo y algunas fibras se insertan en la cápsula de la articulación y menisco articular. Su acción es impulsar el cóndilo hacia delante y al mismo tiempo desplazar al menisco en la misma dirección, intervienen también en los movimientos de lateralidad.

C A P I T U L O I I

CINESIOLOGIA DE LA OCLUSION

La cinesiología describe los movimientos de las partes del cuerpo sobre la base de la anatomía, fisiología y la mecánica.

La cinesiología entre los maxilares resulta compleja, puesto que implica una combinación de movimientos en un plano sagital, frontal y horizontal.

MOVIMIENTOS DE LA MANDIBULA EN UN PLANO SAGITAL

Posselt, demostró que los movimientos de la mandíbula en un plano sagital son reproducibles, dado que estos movimientos son bien conocidos como movimientos límites, daremos una breve explicación, ya que los demás movimientos se encuentran dentro de este marco.

- R.C.- relación céntrica
- A.N.- apertura normal
- A.M.- Apertura Máxima
- P.- protrusión
- C.L.A.- céntrica larga en anteriores
- O.C.- oclusión céntrica

Relación céntrica.- Esta posición nos marca el límite posterior de la mandíbula y es la posición más retraída de la mandíbula desde la cual se puede efectuar confortablemente los movimientos laterales o de apertura.

Para lograr la relación céntrica debemos llevar a los cóndilos a guardar la posición más superior, posterior y media dentro de la cavidad glenoidea.

La relación céntrica es una posición forzada como son todas las posiciones que limitan los movimientos mandibulares.

Existen varios métodos para la obtención de la relación céntrica, como el arco gótico en desdentados y manual por medio del operador en pacientes dentados, esta última se puede obtener pidiendo al paciente que abra la boca hasta lo máximo y mantenga la posición durante un minuto, después el operador debe colocar el pulgar derecho sobre los incisivos centrales inferiores y el índice bajo la barba, se guía a la mandíbula a partir de su abertura

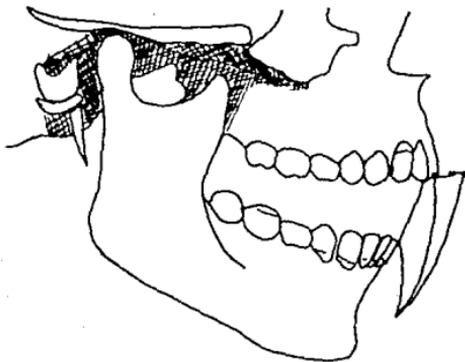
máxima hasta que se acomode en la posición de bisagra abierta, después el operador debe de llevar la mandíbula hacia arriba y abajo siguiendo el arco de cierre, logrando así que la uña del operador toque los dientes anteriores del paciente.

Oclusión céntrica.- Se llama así a la máxima intercuspidación y esta posición esta sujeta a cambio por las alteraciones de las superficies de oclusión, como podrían ser, la edad, erosión o desgaste oclusal, extracciones, hábitos, restauraciones defectuosas, etc. En cambio la relación céntrica siempre es constante, a pesar de la presencia o ausencia de dientes. La oclusión céntrica puede establecerse sobre cualquier número de superficies oclusales.

Una intercuspidación que distorba la relación céntrica, evitará una oclusión fisiológica, debido a que las cúspides se encontrarán de tal manera colocadas que impedirán la oclusión céntrica y excéntrica adecuada.

La oclusión excéntrica es aquella que la mandíbula se desliza por acción muscular normal o por malas relaciones entre los dientes que efectúa el cierre en diversas posiciones; por ejemplo el cierre en protrusiva será una oclusión excéntrica.

Protrusión.- Esta se da cuando los dientes anteriores inferiores rebasan a los dientes anteriores superiores y los cóndilos de la mandíbula se desplazan hacia adelante, hacia abajo y hacia adentro.



Movimientos límites de la mandíbula registrados en un plano sagital.

MOVIMIENTOS DE LA MANDIBULA EN UN PLANO HORIZONTAL

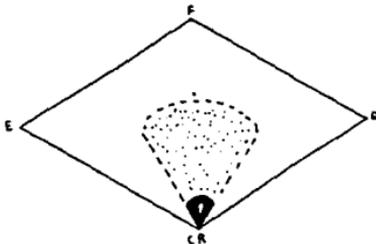
Estos movimientos tienen forma de punta de flecha y son conocidos como arco gótico o trazo de gysf.

Existen vario métodos para la obtención de este plano, en uno de ellos se le pide al paciente que realice un movimiento de lateralidad, después moje sus labios y repita el movimiento en el lado contrario, en seguida se hara un movimiento de protrusión marcando así lo que llamamos arco gótico.

Cuando la mandíbula se mueve hacia el lado derecho y las cúspides vestibulares de los dientes inferiores quedan opuestas a las cúspides vestibulares de los superiores, será denominado lado de trabajo. Al mismo tiempo la relación de las cúspides y declives linguales de los dientes en el lado izquierdo de la arcada es denominado lado de balance.

El lado de trabajo es hacia donde se mueve la mandíbula y el lado de balance es el lado contrario hacia donde se mueve esta y no debe de haber ningun contacto en el lado de balance. Mencionaremos el ángulo de bennet que es la translación del cóndilo hacia adelante, abajo y adentro en un movimiento de lateralidad.

El movimiento de bennet es la rotación del cóndilo en un movimiento de lateralidad.



Movimientos límites del maxilar inferior en un plano horizontal, donde RC corresponde a relación céntrica, Co oclusión céntrica, MR2 región de actuación en las últimas etapas de la masticación, MRI región de actuación en etapas iniciales de la masticación.

MOVIMIENTO DE LA MANDIBULA EN UN PLANO FRONTAL

La mayoría de los movimientos quedan comprendidos en el plano medio o sagital y sobre el plano horizontal, pero se debe de tomar en cuenta el plano frontal con el fin de completar el esquema de los movimientos maxilares.

El bruxismo y la función masticadora lateral se registran más fácilmente en este plano.

Los patrones que se registran en el plano frontal registran variaciones según el tipo de las relaciones del contacto oclusal.

La parte del ciclo masticatorio que corresponde a la abertura o regreso de la oclusión céntrica es irregular y puede tomar el cambio de movimiento de cierre, en individuos con libertad no restringida de movimiento de cierre, en individuos con libertad no restringida de movimiento de contacto oclusal sigue un cambio uniforme sin interferencias con cada movimiento masticador.

Durante la masticación, el contacto oclusal se da casi siempre en oclusión céntrica, pero en la mayoría de los ciclos hay contactos oclusales para una parte de los movimientos de cierre y a veces hasta en movimiento de apertura.

MORFOLOGIA OCLUSAL

Para una mayor comprensión odontológica se debe entender la relación que existe entre los movimientos mandibulares y la forma oclusal.

El odontólogo debe conocer los movimientos mandibulares, debe saber obtener distancias, para poder lograr una oclusión tanto estética como funcional.

Se tomará en cuenta la distancia intercondilar para colocar crestas y surcos ya que esta distancia influye sobre la posición y dirección de las cúspides.

La distancia intercondilar es una línea imaginaria que pasa por las articulaciones y además la línea pasa por el centro del cóndilo, muy frecuentemente su posición varía por milímetros, además la mandíbula puede girar para los movimientos de apertura.

Para encontrar el plano intercondilar contamos con varios métodos.

En uno de ellos se localiza el plano protesico que va de la mitad del tragus al ala externa de la nariz, a este plano también se le llama plano de camper. Después localizamos el plano auriculo-ocular que va de la mitad del tragus al ángulo externo del ojo.

Una vez localizados ambos planos, por delante del tragus y a la mitad de ambos planos aproximadamente a once o trece milímetros encontramos la cabeza del cóndilo o eje intercondilar, esta medida se transporta al articulador por medio de un arco facial.

Otro método de localización del eje de bisagra o eje intercondilar se logra por medio de un arco facial dinámico.

Dimensión Vertical.- Es la distancia que debe de existir entre el maxilar y mandíbula y se divide en tres dimensiones.

1.- Dimensión Vertical de Descanso.- Esta dimensión es la que conserva el adulto durante toda su vida y solo se podrá perder mediante lesiones en la articulación temporomandibular o en los rebordes residuales en desdentados.

2.- Dimensión Vertical de Trabajo.- Se localiza una sola vez durante la masticación y esta supeditada a la fisiología del aparato estomatognático, esta dimensión puede variar por lesiones dentales y bruxismo.

3.- Dimensión o Espacio Intermaxilar.- Esta dimensión vertical de trabajo puede variar desde uno a cinco milímetros, esto se debe a las diferentes posiciones que guarda la mandíbula con respecto al maxilar en las diferentes lesiones de tipo oral.

Entonces podemos resumir que la dimensión vertical es una medida de altura que fija una posición de la mandíbula al resto de la cara.

Este es un factor importante para la rehabilitación oclusal, se le ha llamado distancia intermaxilar cuando se considera dentro de la boca y altura facial se le denomina a la superficie externa de la cara.

Por medio del eje intercondilar al ser transportado al articulador, se podrá lograr restaurar cúspides dentarias, para lograr un cierre en relación céntrica y sin interferencias oclusales. La distancia intercondilar influirá sobre la dirección y posición de surcos y crestas. Así mismo a mayor distancia intercondilar, las crestas y surcus en los dientes inferiores se colocan más distal y en los dientes superiores, las crestas se colocarán más mesial. Asimismo a mayor distancia intercondilar, más marcada sera la concavidad lingual de los dientes superiores.

Existe una relación en el plano horizontal entre el lado interior de la cavidad glenoidea, el movimiento de bennett. Cuanto mayor es el movimiento de bennet más mesial deberá ser la colocación de crestas y surcos en dientes inferiores y más distal la colocación de crestas y surcos en dientes superiores. De tal forma que a mayor desplazamiento lateral más bajas deberán ser las cúspides en relación a la profundidad de la fosa y mayor concavidad lingual de los dientes anteriores superiores.

Cuando en un movimiento de balance, el cóndilo se mueve hacia afuera y hacia atrás, la cresta y surco se orientan hacia el lado mesial en los dientes inferiores y más hacia el lado distal en los dientes superiores, en caso de movimiento hacia afuera simple la colocación será menos distal y menos mesial.

Cuando el cóndilo se mueve hacia afuera y anteriormente, las crestas y surcos de dientes inferiores se orientan hacia distal y las crestas y surcos de los superiores se orientan hacia mesial.

También se debe crear concavidad lingual de los dientes anteriores superiores cuando el movimiento es hacia afuera y atrás. Cuando el cóndilo gira hacia afuera y hacia abajo se podrá dar mayor altura a las cúspides en relación con la profundidad de la fosa cuando el movimiento es hacia afuera o lateral.

Si el movimiento es hacia afuera y arriba, la altura de las cúspides deberá de ser menos que cuando el movimiento del cóndilo gira hacia afuera o lateral.

Para la colocación de restauraciones, además de estos factores, debemos de tomar en cuenta otros, como son el ángulo de la eminencia, curva de spee, plano oclusal, estos factores también se relacionen con la altura de las cúspides.

Cuanto mayor sea el ángulo de la mandíbula, más larga podran ser las cúspides en las restauraciones de dientes posteriores y en caso de dientes anteriores superiores es necesario disminuir la concavidad lingual conforme aumenta el ángulo de la mandíbula.

A mayor divergencia entre el ángulo del plano de oclusión y el ángulo de la eminencia, deberán ser las cúspides más cortas en restauraciones posteriores.

Cuanto más paralelo sea el plano oclusal y camino del cóndilo, más cortas deberán ser las cúspides de las restauraciones para evitar el contacto posterior en protrusión.

Considerando un ángulo de la eminencia constante y un plano de oclusión constante, cuanto más sea el radio de la curva de spee más bajas deberán ser las cúspides posteriores para evitar contactos en movimientos protrusivos.

Todos estos factores nos ayudan a restaurar una oclusión y evitar interferencias oclusales que llevan a un problema de trauma por oclusión de tipo agudo.

CAPITULO III

CLASIFICACION DE ANGLE DE LAS MALOCLUSIONES

Muchos estudios oclusales han sido basados en estudios casuales de denticiones desgastadas.

El percusor de la ortodoncia, el Dr. Angle, dice que la oclusión es la relación normal de los planos oclusales inclinados cuando los maxilares cierran.

Cuando existen planos inclinados en una dentición es indicio de que se encuentra desgastada, y debido a ello no cuenta con cúspides, una dentición sin cúspides es una maloclusión.

Los planos inclinados no deben copiarse al hacer una rehabilitación oclusal, en una rehabilitación oclusal deben de copiarse los dientes naturales que no hayan sido desgastados.

La oclusión dental vista anatómicamente se diagnostica por la relación sagital de la interdigitación de los primeros molares permanentes, en caso de que no existieran estos, se tomarían los caninos para determinar la relación anteroposterior de los arcos dentarios.

Angle tomo índice de la oclusión a los primeros molares superiores ya que consideraba a estos como los más estables en la relación con el cráneo. Llamaba a cualquier mala posición dental una mal oclusión clase I, a condición de que la cúspide mesiovestibular de cada primer molar superior permanente ocluyera con el surco mesiovestibular del primer molar inferior permanente.

Cuando la mandíbula mantiene una relación distal con respecto al maxilar, ignorando la desviación local de los dientes, tenemos una distocclusión clase II de angle, la clase II se subdivide en:

- 1.- Con protrusión de los incisivos superiores
- 2.- Con retrusión de los incisivos superiores

Si la mandíbula ocluye más mesialmente que la oclusión neutral tenemos una mesioclusión o clase III de angle.

Se cree que una relación molar neutral ofrece un mejor fundamento sobre el cual puede crearse una dentadura, no sólo refiriéndose a la función sino también a la estética. De todos modos, una función perfecta depende de un gran número de factores individuales, de modo que una oclusión neutral no siempre es la función óptima.

La clasificación de angle ha sido aceptada debido a su simplicidad, pero sólo abarca un aspecto limitado de la oclusión. Para tener un concepto más completo de las relaciones anatómicas de los dientes se necesitaría tomar en cuenta la posición intercuspídea en un plano frontal, ejemplo, oclusión cruzada.

La clasificación de angle nos indica cuando la maloclusión muestra una mala relación de los huesos basales o sólo del hueso alveolar.

Una relación distal se encuentra en conexión con una protrusión maxilar, y una retrusión mandibular, o en una combinación de ambos.

Las clases de oclusión neutro, disto y mesioclusión, no tiene nada en común con la relación cóndilo fosa en una posición intercuspídea, se trata de un problema completamente distinto.

C A P I T U L O I V

G U I A S D E O C L U S I O N

OCLUSION EN SI ES EL ACTO DE CERRAR O SER CERRADO.

La oclusión abarca dentro de la odontología, los diversos movimientos funcionales tanto de los dientes superiores como los inferiores, el cierre de las arcadas dentarias y su contacto.

Podríamos dar otra definición de oclusión que se refiere a las relaciones de contacto con el resto del aparato masticatorio.

Cúspides de apoyo.- Son llamadas de esta manera, las cúspides vestibulares de los molares y premolares inferiores y las cúspides linguales de los molares y premolares superiores.

Estas cúspides dentro de una dentición normal mantienen contactos centrales de reposo en las fosas opuestas y los espacios interproximales determinan la dimensión vertical de oclusión de la cara.

Guía Incisiva.- Es la influencia que ejercen las superficies linguales de los dientes anteriores del maxilar superior sobre los movimientos de la mandíbula.

Plano Oclusal.- Este es un plano imaginario que toca al mismo tiempo los bordes incisivos de los incisivos centrales inferiores y la punta de las cúspides distovestibulares de los segundos molares inferiores.

Este plano se dice que descansa sobre los caninos inferiores. Además este plano es alterable hasta cierto punto en los dientes naturales preparando los dientes y planeando sus restauraciones se puede, dentro de ciertos límites, subir o dejar el plano oclusal en la región posterior.

Este cambio puede variar dependiendo de la posición de los dientes y de la posición de las pulpas y en ocasiones es necesario sacrificar un diente y hacerle endodoncia para así poder obtener una relación de las cúspides en la oclusión.

Guía Condilar.- Esta guía se refiere al camino que recorre el eje de rotación horizontal de los cóndilos durante la abertura normal del auxiliar.

Contacto Proximales.- Las relaciones de contacto proximal son importantes para el mantenimiento de la estabilidad del arco dentario.

Curva de Spee.- Esta curvatura abarca de las superficies de oclusión de los dientes desde el vértice del canino inferior continuando por las cúspides vestibulares de las piezas dentales que continúan en la parte posterior de la mandíbula (denominada curva de compensación para las dentaduras) a esta curvatura también se le denomina curvatura anteroposterior.

C A P I T U L O V

ETIOLOGIA DE LOS TRASTORNOS DEL APARATO MASTICADOR

Los trastornos del aparato masticador quedan comprendidos dentro de cualquier disarmonía que abarque las relaciones funcionales de los dientes y estructuras de sostén, como son los maxilares, articulaciones temporomaxilar, músculos de labios y lengua y la inervación y vascularización de estos. La difusión o trauma puede mostrarse como la lesión al parodonto, lesión de las articulaciones temporomaxilares, de los dientes en forma de hipertonicidad y mialgias de los músculos masticadores y por lesiones de la mucosa bucal.

Mencionaremos algunas definiciones para mejor comprensión del tema.

Oclusión.- Esta se refiere al contacto que se origina en el aparato neuromuscular del sistema masticatorio.

La oclusión es una relación estática de los dientes cuando los maxilares se encuentran cerrados, que se da cuando existe contacto durante la masticación y la deglución, o bien de otra manera es el cierre de la mandíbula.

Oclusión Patológica.- Es la falta de armonía entre la oclusión céntrica y la relación céntrica, lleva casi siempre al individuo hacia la oclusión patológica o anormal o también puede ser aquella que no está en armonía algún factor del sistema estomatognático.

Oclusión Fisiológica.- Es aquella en la cual existe armonía en las estructuras anatómicas y fisiológicas, por lo que no se da ninguna condición patológica con los tejidos del sistema estomatognático.

Oclusión Balancada.- Esta oclusión se basa en el hecho de que todos los dientes deben tener un contacto en excursiones de la mandíbula, es decir que no debe perderse el contacto durante los movimientos.

Oclusión Ideal.- Esta oclusión se da cuando coincide la relación céntrica con la oclusión céntrica.

Maloclusión.- Es una irregularidad en la posición dentaria y por lo tanto es cualquier desviación de la oclusión normal, esta es producida por un desequilibrio de las fuerzas opuestas de la masticación, del bruxismo por una parte y por la presión de la lengua

y labios por otra. Esto trae como consecuencia la hipermovilidad dentaria, trauma por oclusión hipermovilidad debido a una enfermedad paradontal por cualquier acúmulo de residuos.

Oclusión Optima.- Esta oclusión nos permite un mantenimiento sano de los dientes y de sus estructuras de soporte, estable y funcional.

A) Topes estables de toda la arcada cuando los cóndilos se encuentran en relación céntrica.

B) Guía exterior armónica con los movimientos bordeantes del área de función.

C) Desoclusión de todos los dientes en los movimientos protrusivos sólo de los dientes posteriores debe existir la desoclusión.

Plan general para considerar los trastornos funcionales del aparato masticador.

Etiología del bruxismo

Bruxismo excéntrico

Apretamiento de los dientes (bruxismo céntrico)

Hábitos oclusales relacionados con el bruxismo

Importancia del bruxismo

Etiologías de la oclusión traumática

Factores desencadenantes

Factores predisponentes

Respuesta tisular de la oclusión traumática (trauma por oclusión).

Histopatología del trauma por oclusión

Importancia clínica del trauma por oclusión

Trastornos funcionales de las articulaciones y de los músculos temporomaxilares.

ETIOLOGIA DEL BRUXISMO

El bruxismo se define comúnmente como el rechinar y movimiento de trituración de los dientes sin propósitos funcionales.

La tendencia de apretar los maxilares y rechinar los dientes, asociada con la angustia y agresividad, ha sido observado y descrita tanto en animales como en el hombre, también en rechinar y movimiento de los dientes ha sido asociado desde hace ciertos años.

Es común la tendencia de apretar los maxilares al efectuar esfuerzo debido a una manifestación emocional y por lo tanto la tensión nerviosa y física muy pronunciada suelen estar asociados con el apretamiento de los maxilares.

El rechinar, apretamiento y movimiento de trituración no funcionales en oclusión céntrica puede ser de importancia tanto para los dientes como para el parodontio, también la trituración excéntrica influye para estos.

Llamamos bruxismo excéntrico al rechinar y movimiento de trituración de los dientes en excursiones excéntricas y bruxismo céntrico al apretamiento de los dientes en céntrica.

Tanto en el bruxismo excéntrico como en el céntrico existe un aumento en el tono muscular, el que domine cualquiera de los dos tipos de bruxismo depende de las interferencias oclusales que actúan como factores desencadenantes en los movimientos no funcionales del maxilar. En el bruxismo excéntrico intervienen interferencias oclusales que lo desencadenan y el céntrico se encuentra más frecuentemente asociado con la inestabilidad oclusal en la inmediata vecindad de la céntrica.

Otras situaciones relacionadas con el bruxismo son clasificadas como hábitos oclusales como podrían ser, el morder fuertemente los maxilares en posición bloqueada, mordedura de los carrillos, lengua, labio, morder objetos como pipa, pasadores de pelo, etc., todos estos hábitos tienen un fondo psicogénico y sirven como desahogo a una tensión emocional y no se clasifican como bruxismo sino como hábitos oclusales.

BRUXISMO EXCENTRICO

Este bruxismo tiene un doble fondo etiológico que cuente con una psíquica y una interferencia oclusal, el psíquico puede ser una tensión emocional, angustia, el cual algunos autores lo ponen como factor único del bruxismo.

TONO MUSCULAR

El bruxismo se encuentra íntimamente relacionado con el aumento de tono muscular en los maxilares, el tono muscular se puede aumentar por la tensión emocional, o nerviosa. La interacción de estos mecanismos proporciona las bases neuromusculares del bruxismo.

La influencia del sistema nervioso central sobre el tono muscular se efectúa normalmente a través del sistema fusomotor. Un estado hipertónico de los músculos masticadores puede deberse a la influencia del sistema nervioso central por medio del sistema fusomotor o disarmonía local entre las partes funcionales del aparato masticador que actúa sobre el mecanismo reflejo que controla los movimientos subconscientes del maxilar. Por lo general el aumento del tono y el bruxismo son el resultado de trastornos en ambos de estos mecanismos.

INTERFERENCIAS OCLUSALES

En algunas ocasiones las interferencias oclusales pueden precipitar el bruxismo. Clínicamente se ha visto que el bruxismo puede ser aliviado mediante la corrección de una interferencia oclusal.

El factor principal el cual desencadena el bruxismo es una discrepancia entre la relación céntrica y la oclusión céntrica, el segundo factor desencadenante de bruxismo son las interferencias oclusales en el lado de equilibrio, o en menor importancia también intervienen las interferencias en las excursiones protrusivas o en el lado de trabajo.

Siempre se encontrará algún tipo de interferencia oclusal en pacientes con bruxismo, pero resulta muy difícil localizar las interferencias oclusales en retrusiva entre oclusión céntrica y relación céntrica en pacientes con músculos hipertónicos y bruxismo. Algunos autores dicen que han observado pacientes con bruxismo sin interferencias oclusales.

OTROS FACTORES QUE DESENCADENAN BRUXISMO

Existen factores diferentes a las interferencias oclusales capaces de desencadenar bruxismo y que contribuyen a la hipertonidad de los maxilares como podría ser; colgajos gingivales de terceros molares, cualquier tipo de enfermedad periodontal, especialmente si hay dolor, irregularidades en el labio o lengua y dolor o malestar en la articulación temporomaxilar.

El bruxismo más intenso se presenta generalmente durante la noche y cuando el individuo se encuentra bajo tensión, el rechinar de los dientes es más común durante la noche y el apretamiento es más intenso durante el día.

Los dientes también hacen contacto de deglución durante el sueño, la deglución es más numerosa durante el sueño ligero que se presenta al comenzar a dormir o casi al despertar.

La tensión es un factor desencadenante de bruxismo, cuando este es muy poco, y existe alguna pequeña interferencia oclusal, o también se da cuando existe una grave interferencia oclusal y muy poca tensión.

BRUXISMO CENTRICO

Este se da como un apretamiento de los maxilares y puede ser una manifestación normal de aumento de tono muscular en tensión emocional o psíquica o puede estar asociado con un esfuerzo físico o de urgencia.

El apretamiento en céntrica es subconsciente y silencioso, y el paciente la mayoría de las veces no se da cuenta del hábito.

Aunque no existen movimientos maxilares, este con frecuencia se acompaña de movimientos muy ligeros de algunos dientes. También se puede acompañar de un ligero movimiento de relación céntrica a oclusión céntrica.

IMPORTANCIA DEL BRUXISMO

El bruxismo tiene una gran importancia sobre los tejidos periodontales, músculos masticadores, articulaciones temporomaxilares iniciación de dolores de cabeza y de irritabilidad del sistema nervioso central.

ETIOLOGIA DEL TRAUMA POR OCLUSION

El término de oclusión traumática fue introducido por Stillman en 1917 y posteriormente en 1922, Stillman y Mcoll dijeron que la oclusión traumática es un esfuerzo oclusal anormal capaz de producir lesión en el parodonto.

FACTORES DESENCADENANTES

Cuando el aparato masticador se encuentra funcionando de una manera adecuada, el mecanismo neuromuscular controla y protegerá sus partes de una lesión traumática, para que se produzca síntomas de trauma oclusal, este mecanismo se verá trastornado y este trastorno se debe a las interferencias oclusales.

Normalmente los movimientos mandibulares se inician con cierto número de unidades motoras, pero cuando existe una interferencia oclusal se presenta de inmediato la actividad refleja y esta se desencadena por la excitación desorganizada y prematura de los propioceptores situados en la membrana periodontal de los dientes afectados.

En tales condiciones, los centros nerviosos efectúan un esfuerzo para lograr restablecer el patrón, con el fin de establecer contactos oclusales y evitar la irritación y la lesión del aparato masticador y articulaciones.

FACTORES PREDISPONENTES

Uno de los casos que predispone el trauma oclusal es el bruxismo.

En la mayoría de los casos cuando se encuentran factores predisponentes, la respuesta protectora del sistema neuromuscular y la resistencia de los tejidos de sostén evitan la aparición del trauma.

Un factor predisponente muy importante es la maloclusión que se define como cualquier desviación de la oclusión normal, además esta oclusión es producida por el desequilibrio de las fuerzas opuestas de la masticación y de las funciones normales.

El resultado de este desequilibrio es la hipermovilidad de los dientes, y esta es la causa principal del trauma oclusal.

Otro factor predisponente es la masticación unilateral o restringida, y se puede originar un patrón de masticación unilateral en el momento en el que los dientes hacen su erupción y alcanzar un contacto oclusal, también puede ser originado por la pérdida de dientes, por dolor gingival o pulpar de un lado de la arcada, o por la terapéutica ortodóntica y por procedimientos dentales inadecuados.

La masticación unilateral tiene una tendencia a la producción de la disarmonía oclusal que causa un desgaste oclusal disparejo y por lo mismo es de gran severidad, además la placa dental tiende a colocarse en el lado no funcional pudiendo provocar afección a la salud parodontal.

La pérdida dental es un factor predisponente debido a que si existe pérdida de los molares residuales sin dispositivos para mantener espacio, o extracción dental sin la debida colocación de la prótesis correspondiente, son causas de maloclusiones e interferencias oclusales.

La pérdida de apoyo paradontal, estructuras parodontales inadecuadas y pérdida dental dan lugar al trauma por oclusión, sin ninguna alteración en la oclusión ni en sus fuerzas, aunque exista una oclusión normal, pero debido al poco apoyo parodontal y a la actividad funcional se producirá lesión traumática.

C A P I T U L O V I**PLAN DE TRATAMIENTO PARA LAS DISFUNCIONES
DEL APARATO MASTICADOR****OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO:**

Un sistema masticatorio que funciona correctamente se caracteriza por:

- 1.- Movimientos de cierre y lateralidad sin interferencias.
- 2.- Una correcta repartición de las fuerzas, principalmente en posición intercuspídea y en posición de contacto retrusiva.
- 3.- Una fuerza axial sobre cada diente en particular.
- 4.- Una relación normal cóndilo fosa.

5.- Una función muscular normal.

6.- Una distancia interoclusal apropiada.

Uno de los principales objetivos del tratamiento es conseguir las características funcionales antes mencionadas, también se debe prevenir el movimiento de bascularización de los dientes, extrusión, algunas veces los dientes deben mantenerse juntos, además las condiciones estéticas y fonéticas deben de mantenerse lo más favorablemente posible.

OBJETIVOS A LARGO PLAZO

Se debe tener presente que cada paciente presenta una irregularidad o fallo en su oclusión y no siempre se sufre por ello, sin embargo el hecho de que una dentadura se encuentre mutilada y no produzca disturbios funcionales, no debe frenar al operador para que reemplace los dientes faltantes.

En pacientes cuyo parodonto se encuentra afectado, la irregularidad oclusal puede evolucionar más rápidamente sobre todo cuando faltan los dientes posteriores, pues en este caso los incisivos reciben una sobrecarga y se debe hacer inmediatamente la prótesis apropiada, si no los incisivos se pueden ir separando o la mandíbula puede llegar a desplazarse permanentemente. Cuando

el paciente ha perdido muchos dientes de soporte, la evolución de largo plazo es muy importante.

La odontología debe de satisfacer las siguientes condiciones:

1.- Se debe de oponer al movimiento de bascularización y elongación de los dientes.

2.- Rectificar la oclusión.

3.- Reducir la sobrecarga en dientes restantes.

4.- Poner férulas y las fijaciones.

Por otra parte toda restauración presenta algunos inconvenientes en lo que se refiere a higiene y por razón de su naturaleza mecánica se pueden lesionar los dientes durante su preparación, puede haber adaptación defectuosa de los bordes de las obturaciones, se debe de evitar los puntos de retención alimenticia y trauma oclusal.

D I A G N O S T I C O

Antes de efectuar diagnóstico de cualquier afección el aparato masticador, se debe llevar a cabo una exploración y una historia clínica completa del paciente. Nunca se debe conformar con buscar signos y síntomas del bruxismo o de la oclusión traumática, puesto que existe la posibilidad de establecer un diagnóstico y tratamiento inadecuado.

El bruxismo y el trauma oclusal son trastornos bastante claros dentro del aparato masticador y sus relaciones con el resto del aparato masticador no deben ser descuidados, por ejemplo cuando existe bruxismo se debe tomar en cuenta la psiconeurosis, padecimiento pulpar, padecimiento parodontal u otros trastornos que podrían ser de importancia en la etiología del bruxismo.

EL METODO DE DIAGNOSTICO SE LOGRARA:

1.- Después de una historia clínica completa de nuestro paciente se pondrá especial interés enfocado a las molestias principales del paciente. La historia será retrospectiva que incluirá una relación de las pérdidas, reemplazos, restauraciones terapéuticas de cualquier tipo de tratamiento o restauraciones así como lesiones en dientes y parodonto, traumáticas, etc.

2.- Hábitos bucales.

3.- Estado Psíquico.- Este punto es de importancia en el trauma oclusal, se debe hacer un interrogatorio cuidadoso para ver si el paciente tiene problemas de tensión psíquica.

4.- Exámen Clínico.- Se deben observar asimetrías faciales y anomalías, también se observará las contracciones musculares y espásticas, se palpará las articulaciones en movimiento y en reposo buscando saltos, chasquido u otras anomalías de la articulación.

En el exámen del parodonto, se observará el color y estado de las encías así como su forma, densidad, etc.

Dentalmente se buscará si existe movilidad, sensibilidad a la percusión, temperatura, se buscarán facetas de desgaste no naturales que se puedan relacionar con los movimientos mandibulares, también se observará si existen desviaciones de la mandíbula, ya sea en cierre o en movimiento de lateralidad, pues esto puede ser ocasionado por los músculos de la boca para evitar el contacto con las interferencias.

También con ayuda de un estetoscopio podemos lograr percibir los contactos en oclusión céntrica, el sonido será agudo y muy bien definido cuando no existen problemas oclusales, pero en caso de que existan estos, el sonido será inestable.

El articulador es de importancia en el diagnóstico, tratamiento, en él podemos reproducir cualquier movimiento mandibular, desde un movimiento céntrico hasta un excéntrico y con esto logramos observar las posibles interferencias oclusales.

5.- Signos Radiológicos.- Estos solo dan resultados mediante un cuidadoso exámen de excelentes radiografías.

SE DEBE TOMAR EN CUENTA:

A) Alteración de la Lámina Dura.- Esta alteración varía de un engrosamiento desparejo, o falta de continuidad o también pérdida de la lámina en un trauma oclusal grave. Cuando existe falta de continuidad puede marcarnos un proceso de resorción sobre la superficie afectada y que es característico del trauma oclusal. Cuando las fuerzas del trauma oclusal van dirigidas en forma horizontal, la resorción será alrededor del cuello y del ápice, cuando la fuerza del trauma oclusal es axial se afectará su continuidad en el ápice y en la bifurcación.

B) Alteración en el Espacio Periodontal.- Pueden existir pequeñas variaciones en todos los dientes de su espacio periodontal, pero si se observa una franca variación en dicha zona y aunado a la resorción de la lámina, es de suponerse que el diente ha estado expuesto a fuerzas más potentes que las normales. El ensanchamiento es más frecuente en lingual y en vestibular.

C) Resorción Radicular.- Es difícil que esta suceda.

D) Resorción de hueso alveolar

E) Hipercementosis

F) Problemas pulpares

SIGNOS Y SINTOMAS DE LA BRUXOMANIA

- 1.- Facetas sobre los dientes, que indican un desgaste oclusal.
- 2.- Desgaste oclusal excesivo y desigual.
- 3.- Tono muscular aumentado y resistencia no controlada a la manipulación de la mandíbula.
- 4.- Hipertrofia compensadora de los músculos de la oclusión, especialmente el masetero.
- 5.- Movilidad aumentada de los dientes.

6.- Sonido apagado a la percusión de los dientes.

7.- Sensación de cansancio en los músculos de la oclusión, al despertar en las mañanas.

8.- Traba de la mandíbula y una tendencia a morderse los labios, carrillos y lengua.

9.- Dolor o molestias en las articulaciones temporomaxilares.

10.- Músculos de la oclusión adoloridos a la palpación.

11.- Sencibilidad de los dientes al estrés masticatorio.

12.- Sencibilidad pulpar al frío.

13.- Sonidos perceptibles de la bruxomanía.

A) Desgaste Oclusal.- El signo más importante del bruxismo es el desgaste oclusal que no coincide con los patrones de desgaste normal. Estas facetas de desgaste se observan fuera del límite normal de la función y se observa en la punta incisiva del canino superior.

E
SALUD
...E.G.A

Las facetas de desgaste son redondas y se encuentran sobre la superficie labial de la cúspide en vez de unirse con las facetas de desgaste que se forman por la masticación.

El bruxismo combinado con la regurgitación nerviosa del contenido ácido del estómago, puede dar lugar a la erosión del esmalte y desgaste del incisivo en una forma exagerada.

El patrón de desgaste del bruxismo es con frecuencia irregular y más intenso sobre los dientes anteriores que sobre los posteriores, en pacientes con prótesis puede suceder al contrario, mayor desgaste en los dientes posteriores, puesto que la estabilidad de la dentadura permite una mayor presión en las regiones posteriores.

El astillamiento o fractura dental constituye otro signo dental del bruxismo.

B) Movilidad Dental.- El aumento en la movilidad dental se asocia con el bruxismo y es de importancia cuando se presenta en dientes con una enfermedad parodontal ligero.

Puede existir en el bruxismo hiperhemia pulpar con hipersensibilidad especialmente al frío.

C) Aumento de Tono Muscular e Hipertrofia de los Músculos.-

El aumento de tono muscular se manifiesta como una resistencia incontrolable a los intentos del dentista para que el maxilar del paciente llegue a relación céntrica y esto se da en pacientes bruxistas. Con regularidad también se observa hipertrofia de los músculos masticadores principalmente del masetero.

El aumento de tono muscular hace muy difícil la localización de interferencias oclusales en movimiento retrusivo entre la oclusión céntrica y la relación céntrica.

D) Dolor de los Músculos Masticadores.- Los puntos más sensibles a la palpación del bruxismo es a lo largo del borde anterior e inferior del músculo masetero y el pterigoideo interno, también puede encontrarse sensible a la palpación el temporal.

Algunas veces los pacientes bruxistas tienen una sensación de cansancio de los maxilares por la mañana o a veces se traba el maxilar por lo cual se tiene que dar un masaje para poder abrir este.

Los pacientes con hipertonicidad de los músculos maxilares pueden morderse, labios, carrillo o lengua a consecuencia de la contracción de dichos músculos.

E) Sonido Oclusal de Trituración no Funcional.- El sonido en el bruxismo sirve para el diagnóstico cuando se puede apreciar mediante una grabadora durante el sueño.

SIGNOS Y SINTOMAS DEL TRAUMA OCLUSAL

A) Movilidad Dental Aumentada.- Es el signo más característico del trauma oclusal y este es ocasionado por el engrosamiento de la membrana parodontal, resorción del hueso alveolar y reemplazo de las fibras colágenas de la membrana periodontal por tejido blando de granulación.

La movilidad puede depender de las fuerzas excesivas que actúan sobre los dientes así como la dirección magnitud y frecuencia de la misma, también el movimiento de los dientes dependerá de su posición sobre el cual esta atacando la fuerza. Podríamos decir que cuando exista movilidad dentaria con soporte parodontal clínicamente normal, se debe de considerar al trauma de la oclusión como la causa más probable.

B) Migración del Diente.- Cuando existe pérdida de contactos interproximales y la migración del diente pueden ser secuelas de las relaciones oclusales traumáticas.

C) Hipertonía de los músculos masticadores.

D) Cambios en la Articulación.- El exámen de la articulación se logra acompañando a la mandíbula en sus movimientos y de esta manera en diversos casos podremos sentir el casquido, tronidos o saltos mandibulares, también es usado en el diagnóstico un estetoscopio.

E) Alteraciones Gingivales.- Este tipo de alteraciones se dan por lo general en tejidos de soporte y por lo tanto no produce gingivitis, pero si se puede dar una parodontitis.

Las bolsas periodontales profundas pueden afectar a las Bifurcaciones y pueden fácilmente precipitar a la formación de absesos en dichas bolsas.

F) Dolor Parodontal.- En casos de trauma de oclusión grave, los dientes pueden ser muy sensibles a la mordida y a la percusión. En el caso de trauma por oclusión crónico el dolor es escaso a la percusión o a la mordida.

G) Dolor Pulpar.- Puede haber sensibilidad al frío.

H) Dolor Referido.- El dolor por causa de lesión parodontal puede sentirse en los senos maxilares o propagarse a cualquier parte de la cara y es con frecuencia la causa del dolor difuso que el dolor referido.

1) Dientes Flojos.- O movilidad, es uno de los principales síntomas.

J) Artritis Traumática Temporomandibular y Dolor Muscular.- Esta se puede presentar por la asistencia del paciente al odontólogo, ya que en muchos casos estas estructuras se ven afectadas primero que las mismas piezas dentales con las interferencias traumáticas.

K) Signos radiográficos

1.- Alteración de la lámina dura (engrosamiento o falta de continuidad).

2.- Alteración del espacio paradental.

3.- Resorción radicular.

4.- Osteoclerosis.

5.- Calcificación de la pulpa.

6.- Fracturas radiculares.

TRATAMIENTO DEL BRUXISMO

La complejidad de la etiología del bruxismo y los problemas de diagnóstico señalados antes, permiten comprender el estado actual de controversia que existe acerca del tratamiento del bruxismo.

El bruxismo debe ser controlado a manera de que no sea capaz de efectuar a los dientes, parodonto o cualquier parte del aparato de masticación, de esta manera que el individuo rompa el ciclo del bruxismo y el aumento de tensión muscular, aunque esto no significa que el individuo nunca volverá a apretar los dientes.

El hábito del bruxismo puede ser eliminado por una terapéutica local o psicoterapia.

Para poder eliminar el bruxismo, se debe bajar el umbral de irritabilidad neuromuscular en un punto tal en la que una interferencia oclusal del paciente no actúe como un factor desencadenante.

TERAPEUTICA ASOCIADA

A) Psicoterapia.- La inmensa mayoría de los pacientes bruxistas no necesitan psicoterapia complicada, por lo cual la mayoría de los casos, dicha terapéutica resulta poco práctica y a veces de dudoso valor, puesto que la generalidad de los pacientes pueden ser ayudados mediante recomendaciones pequeñas del odontólogo.

B) Fisioterapia.- Esta se logra mediante ejercicios para disminuir la tensión muscular, puede ser a base de ejercicios, masajes, calor y otras formas fisiológicas que pueden proporcionar alivio al paciente, pero eso no cura el padecimiento de modo que nada más se utilizara como apoyo.

C) Eliminación del Dolor.- Esto actuará favorablemente la disminución de la tensión.

TERAPEUTICA OCLUSAL

A) Ajuste Oclusal.- La eliminación de las interferencias oclusales, es el tratamiento de elección, esta terapéutica depende de la presencia de un número adecuado de dientes ocluyentes con un buen apoyo parodontal por medio del cual se podrá lograr una oclusión estable y equilibrada después del ajuste.

En ocasiones es muy difícil lograr la relación de los músculos masticadores, que es necesaria para la localización de la céntrica. Es frecuente encontrar que se tomó por relación céntrica en la primer cita de un ajuste oclusal ha cambiado varias veces durante los posteriores ajustes. Estos cambios aparentes de relación céntrica siguen hasta que sea posible localizar la céntrica o eje terminal de bisagra, después de la eliminación de la mayoría de las interferencias oclusales mediante el uso de una férula. También

es importante no dejar interferencias oclusales entre la relación céntrica y la oclusión céntrica, y se deben eliminar las interferencias en el lado de balance.

B) Férulas Oclusales.- Las férulas oclusales se han recomendado en el tratamiento del bruxismo desde que Karolyi introdujo férulas oclusales de vulcanita. Las indicaciones de las férulas son:

1.- Frenar el bruxismo por eliminación de interferencias oclusales.

2.- Dejar que el paciente frote los dientes contra el acrílico o dos férulas oclusales para evitar el desgaste dental.

3.- Restringir los movimientos del maxilar y romper el hábito del bruxismo.

Los principales requisitos para las férulas oclusales son:

1.- Eliminar las interferencias oclusales con una abertura mínima de la mordida.

2.- Debe de mantener la posición estable de los dientes mientras se usa la férula.

La férula debe tener una superficie oclusal plana con contacto oclusal en céntrica para los dientes antagonistas, y estar completamente libre de interferencias en cualquier excursión. El acrílico debe tener suficiente elevación canina para evitar interferencias en el lado de balance.

La férula de cobertura completa puede ser usada durante cualquier tiempo, puesto que no permite el movimiento de los dientes. Se ha visto que después del uso de la férula por unas dos semanas, los músculos se encuentran completamente relajados y el ajuste oclusal se puede realizar con mayor precisión hasta un punto donde la férula resulte innecesaria, y si existiera un desgaste oclusal exagerado o dientes flojos, la férula podrá ser utilizada indefinidamente durante la noche, evaluando la misma constantemente.

La férula más apropiada para el bruxismo es la de acrílico duro que se ajusta a las superficies oclusales e incisivos del maxilar superior e inferior, con contenciones céntricas para todos los dientes opositores y que no tengan interferencias oclusales.

TRATAMIENTO PARA EL TRAUMA OCLUSAL

Una vez ya establecido el diagnóstico de trauma oclusal por medio de la historia clínica, historia dental, signos y síntomas, examen radiológico y modelos de estudio montados en articulados, podemos llevar a cabo el tratamiento.

El tratamiento por lo general es individual para cada paciente dependiendo del estado de la cavidad oral, pero podemos decir que los puntos principales que se llevan a cabo en un paciente de trauma oclusal son:

1.- Ajuste oclusal en dientes naturales.

2.- Solución de factor desencadenante, principalmente de los factores (predisponentes) por método especializados para los mismos, pero ajustados a la oclusión de acuerdo a encerado funcional de la cúspide fosa.

3.- Control del paciente.- Se trata de controlar al paciente de su tensión psíquica, tratando de investigar la causa que provoca la misma y así poderle dar una solución al problema del stress. Este punto en algunas ocasiones se deberá de trabajar conjuntamente con el médico general que trata al paciente, ya que se tendrá una mejor posición para el control del paciente.

El ajuste oclusal y la técnica de encerado por igual se llevan a cabo primeramente en un articulador y posteriormente en la boca del paciente, ya que con esto contaremos con un programa terapéutico a seguir el índice de errores que bajara considerablemente, debido al plan de tratamiento previsto.

C O N C L U S I O N E S

En base al estudio y análisis de los temas tratados anteriormente, y tomando en consideración las opiniones de los tratados, podemos llegar a la conclusión de que el odontólogo debe de tener como principal objetivo, crear en el tratamiento del paciente, una oclusión balanceada y funcional dentro del sistema masticatorio.

Para poder lograr este objetivo, el profesional deberá de tener los conocimientos y la habilidad de reconocer cualquier disfunción en la oclusión como podría ser en este caso, el trauma de la oclusión, el bruxismo, además lograr un tratamiento adecuado, basándose, en la historia clínica, historia dental y demás métodos para lograr un diagnóstico correcto y por consiguiente un tratamiento lo más adecuado para el paciente.

El odontólogo debe de tomar en cuenta en todo tratamiento el ajuste oclusal que le convenga a cada paciente y con esto restablecer al paciente una oclusión cómoda y principalmente funcional con las demás partes del sistema masticatorio.

B I B L I O G R A F I A

ULF POSSELT

Fisiología de la Oclusión y Rehabilitación

Editorial JIMS

Balmes, 266 Barcelona España

Capítulo I

3-17

Capítulo II

27-64

Capítulo IV

81-94

Capítulo VI

193-207, 227

Capítulo VII

237-262

RAMFJORD ASH

Oclusión

Editorial Interamericana

Segunda Edición

México 1977

Capítulo I

4-13

Capítulo IV

60-99

Capítulo V

105-115

Capítulo VI

117-147

Capítulo IX

189-200

Capítulo XI
218-239
Capítulo XII
243-250
Capítulo XVI
338, 341-345

IRA FRANKLIN ROSS
Oclusión para el clínico
Editorial Mundi
Buenos Aires 1971

Capítulo I
3, 5-7, 11-15
Capítulo II
19, 20
Capítulo V
79-98

PETER E. DAWSON D.D.S
Evaluación, diagnóstico y tratamientos
de problemas oclusales
Editorial Mundi 1977

Capítulo II
29-33
Capítulo III
35-61
Capítulo VII
127-133

NASER BARGHI, ROGELIO REY
Oclusión básica para el
estudiante de odontología
Capítulo I
17-29