



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**



FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

**EFFECTOS DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE
CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.**

T E S I N A

QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE

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

P R E S E N T A:

ARIADNA VIANNEY JURADO HERNÁNDEZ

TUTORA: C.D. MARÍA DEL CARMEN LÓPEZ TORRES

ASESORA: Esp. MARÍA GABRIELA MOSCOSO ZENTENO



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

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

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

Agradecimientos

Agradezco a Dios por permitirme llegar a esta etapa de mi vida, a mi familia en especial a mis padres Margarita y José Armando por darme la oportunidad de llegar a este punto acompañándome y apoyándome incondicionalmente durante toda mi vida, proporcionándome las herramientas y los recursos necesarios para ser una mejor persona y salir adelante en la vida , muchas gracias los amo .

A Gerardo por estar junto a mí brindándome todo su apoyo, comprensión, conocimientos, experiencia y por formar parte de mi vida.

A mis amigos Nao ,Liche ,Blanquita, Sussie, Pame, Adriana por estar conmigo todos estos años, ser excelentes personas y amigos por hacer muy amena, divertida y sensacional la experiencia de cursar juntos la carrera .

Adriana gracias por acompañarme y ayudarme durante el seminario de titulación, no sé que hubiera hecho sin ti , eres una gran persona y me alegra que pudiéramos compartir este último paso en la licenciatura.

A la Sra. Candelaria por sus consejos, apoyo y compañía desde el momento en que la conocí, tiene una gran familia.

Gracias a los doctores del 009, de la Clínica Periférica Milpa Alta y del Seminario de Odontología Restauradora por compartir su conocimiento y experiencia.

A mi tutora y asesora la Dra. María del Carmen López Torres y la Dra. Gabriela Moscoso Zenteno por darme a desarrollar este tema que es increíble, me gusto muchísimo, aprendí muchas cosas, algunas que no tenía ni idea y por guiarme durante la realización de esta tesina.

También quiero agradecer el apoyo de la doctora Paula Christian Reyes Zamorano por ayudarme en mis dudas para la realización de este trabajo.

A la Universidad Nacional Autónoma de México por ser mi segunda casa desde la preparatoria, por formarme como universitaria y por darme una profesión.

¡ORGULLOSAMENTE UNAM!

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN	6
2. OBJETIVOS	7
3. Puntos prematuros de contacto	8
3.1 Definición	8
3.2 Tipos de interferencias oclusales	8
3.2.1 Punto prematuro de contacto en relación céntrica y oclusión céntrica	9
3.2.2 Interferencia cuspidéa en el lado de trabajo	9
3.2.3 Interferencia cuspidéa en el lado de balance	10
3.2.4 Interferencia cuspidéa en protrusiva	10
4. Efectos de los puntos prematuros de contacto	11
4.1 Co-contracción Protectora	12
4.2 Espasmo muscular	13
4.3 Zonas gatillo	14
4.4 Dolor referido de los músculos masticadores y región cervical	14
4.5 Dolor de espalda y continuidad de la alteración postural descendente	21
5. Kinesiología	24
5.1 Definición	24
5.2 Historia	24
5.3 Aplicación en odontología	26
6. Unidad funcional número uno	28
6.1 Relación cráneo, columna y sistema estomatognático	28
6.2 Musculatura dorsal	29
6.3 Musculatura masticatoria y cervical anterior	34
6.4 Hioides	38
6.5 Postura	39
6.5.1 Definición	39
6.5.2 Mantenimiento de la postura	40
6.6 Alteración postural; ascendente y descendente	41

7	Aplicación de la kinesiología en la detección de puntos prematuros de contacto	43
7.1	Aplicación de test musculares.....	48
7.2	Test de Meersseman	48
7.2.1	Modo de ejecución	49
7.2.2	Modificaciones del Test de Meersseman.....	49
8	Conclusiones.....	56
9	Referencias bibliográficas	58



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



1. INTRODUCCIÓN

Es muy común encontrar a pacientes con dolores o neuralgias, estos han recurrido a diferentes especialistas como el otorrinolaringólogo, ortopedista, neurólogo, médico internista, psicólogo y a veces hasta el psiquiatra, sin conseguir su mejoría debido a que no se ha encontrado el origen de estos. Muchas veces se desconoce que el cirujano dentista tiene un papel fundamental para el diagnóstico y tratamiento de estos problemas.

Existen diferentes patologías que tienen su origen en el sistema estomatognático; para obtener un buen diagnóstico y tratamiento de estas, los cirujanos dentistas tenemos que apoyarnos de las diferentes herramientas; entre ellas de la kinesiología (estudio de la dinámica muscular del cuerpo).

La kinesiología, es una herramienta muy útil para el diagnóstico y tratamiento de las afecciones musculares que están relacionadas directamente con en el sistema estomatognático.

Cuando existen puntos prematuros de contacto se provoca estrés en los músculos de la masticación y por lo tanto un desequilibrio en el sistema masticatorio causado por estos, que a la vez provocan una reacción en cadena sobre los músculos y articulaciones del resto del cuerpo debido a las múltiples interrelaciones entre ellos.

La relación del sistema estomatognático con el resto del cuerpo es bidireccional. El desequilibrio en cualquiera de los dos repercutirá en el otro automáticamente.



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



2. OBJETIVOS

GENERAL

Conocer las alteraciones que provocan los puntos prematuros de contacto y sus repercusiones sistémicas en todo el organismo.

ESPECIFICO

Conocer las diferentes técnicas de la kinesiología para elaborar un diagnóstico más certero y de esta manera planear y realizar el tratamiento adecuado y efectivo para corregir y en algunos casos disminuir las alteraciones causadas por los puntos prematuros de contacto.



3. Puntos prematuros de contacto

3.1 Definición

Son contactos dentarios no deseados que desvían la mandíbula de su recorrido normal, de cierre, pueden darse en relación y oclusión céntrica.

A diferencia de las interferencias cuspídeas que son contactos dentarios que interfieren en los movimientos mandibulares protrusivos o de trabajo. ⁽¹⁾

3.2 Tipos de interferencias oclusales

Punto prematuro de contacto en relación céntrica y oclusión céntrica		
Interferencia cuspídea en el lado de trabajo	Interferencia cuspídea en el lado de balance	Interferencia cuspídea en protrusiva



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



3.2.1 Punto prematuro de contacto en relación céntrica y oclusión céntrica

Es el primer contacto en el arco terminal de cierre (relación céntrica), puede darse en una o varias piezas y producen un deslizamiento de la mandíbula para alcanzar la oclusión céntrica.

Este deslizamiento se presenta a nivel de las vertientes mesiales de las cúspides palatinas de molares y premolares maxilares, que se desplazan sobre las vertientes distales de las cúspides bucales de los molares y premolares mandibulares.

La máxima intercuspidad se establece 1mm anterior al punto de contacto inicial en relación céntrica, esta se considera una oclusión céntrica normal estadísticamente hablando, establecida por los músculos en estado de reposo.

Cuando la intercuspidad se da a más de 1mm del punto prematuro en relación céntrica, los músculos se ven forzados a realizar el recorrido de cierre rodeando el punto prematuro y manteniéndose en estado de tensión.⁽¹⁾

3.2.2 Interferencia cuspídea en el lado de trabajo

Contacto en el lado de trabajo, produce restricción mecánica en los movimientos laterales de la mandíbula, éstas se encuentran regularmente en la región molar; en las vertientes bucales de las cúspides linguales mandibulares, en contacto con las vertientes palatinas de las cúspides palatinas maxilares.⁽¹⁾



3.2.3 Interferencia cuspídea en el lado de balance

Durante el movimiento de trabajo, cualquier contacto en el lado contrario al movimiento constituye una interferencia.

Estos contactos interfieren en la guía de trabajo en el lado contralateral. Están presentes entre las vertientes bucales de las cúspides palatinas de los molares y premolares maxilares y las vertientes linguales de las cúspides bucales de molares y premolares mandibulares.⁽¹⁾

3.2.4 Interferencia cuspídea en protrusiva

Contacto que causa en un movimiento protrusivo hacia la posición borde a borde y la separación del resto de los dientes.

Se localizan en dientes posteriores entre las vertientes distales maxilares y las vertientes mesiales mandibulares.

Y en dientes anteriores se localizan a nivel de la cara palatina de los dientes anteros superiores y bordes incisales de los dientes antero inferiores.⁽¹⁾

Es importante realizar un exhaustivo análisis clínico de la oclusión del paciente en todas estas trayectorias mandibulares para observar el lugar preciso de los puntos prematuros de contacto y las interferencias oclusales, corrigiendo de manera adecuada el problema local, evitando problemas posteriores más complejos causados por los puntos prematuros de contacto como se muestra en el siguiente capítulo.



4. Efectos de los puntos prematuros de contacto

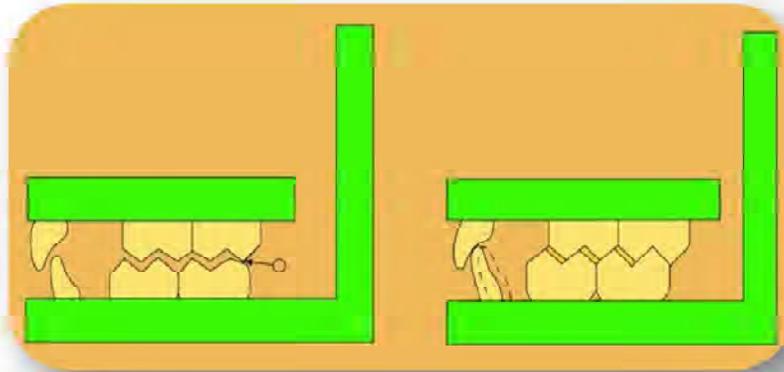


Fig.1 Contacto prematuro. ⁽²⁾

Los puntos prematuros de contacto (Fig.1) pueden ser ocasionados por prótesis en mal estado ,malposiciones dentales, ausencia de dientes y restauraciones dentales altas, las cuales una vez colocadas en boca no fueron sometidas a una revisión de la oclusión del paciente para verificar que se encontrara en armonía con el sistema estomatognático .

La presencia de estos contactos prematuros en el momento de ocluir , provocan que el diente choque antes con su antagonista, esta repetida sensación es percibida por los receptores de presión ubicados en el periodonto, obligando a la mandíbula a realizar un movimiento adaptativo funcional que la separe de su trayectoria habitual y normal. ⁽³⁾,
⁽⁴⁾

Este mecanismo de defensa se activa cuando los músculos de la masticación tratan de establecer una trayectoria que les permita alcanzar el cierre mandibular ,esto lo logran mediante la contracción muscular anormal que les permite evitar automáticamente el contacto prematuro. ⁽³⁾



EFEECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



De este modo el diente que hizo el contacto prematuro no se somete a una carga masticatoria más intensa por parte de los músculos masticadores que son extremadamente potentes pudiendo ejercer una fuerza de presión de más de 500kg. /cm².^{(5), (6)} El paciente se ve obligado a masticar más del lado contrario al contacto prematuro, provocando que la fuerza de los músculos masticadores ejerzan una sobrecarga en un cóndilo más que en otro ,provocando que la dimensión vertical disminuya más en un lado que en el otro .⁽⁵⁾

La primera respuesta de los músculos de la masticación ante el contacto prematuro es la co-contracción protectora.

4.1 Co-contracción Protectora

Todos los músculos mantienen una leve contracción la cual les da su tono muscular. La co-contracción protectora es la respuesta del sistema nervioso central (SNC) ante una lesión o una amenaza de lesión, al producirse, los músculos antagonistas aumentan su actividad durante la contracción del agonista para proteger a la parte dañada.⁽⁷⁾

El punto prematuro de contacto irrumpe en la función normal del músculo al alterar la entrada de información propioceptiva sensorial en las estructuras masticatorias, será tomado como una amenaza de lesión por el SNC , por lo cual se desencadenará el mecanismo de co-contracción protectora , se aumentara la actividad de los músculos elevadores de la mandíbula durante la apertura de la boca, y durante el cierre aumentará la actividad de los músculos depresores .⁽⁷⁾



EFEECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



La co-contracción protectora se describe clínicamente como una sensación de debilidad muscular que sigue a una amenaza o lesión en este caso al punto prematuro de contacto. Esta actividad refleja, no es un trastorno patológico, sino que constituye un mecanismo normal de protección o defensa, aunque si se prolonga puede dar lugar a síntomas miálgicos.⁽⁷⁾

Si el contacto prematuro es identificado y eliminado se restablece la armonía del sistema estomatognático, si no es así el músculo cae en estado de espasmo.

4.2 Espasmo muscular

Normalmente al cerrar la boca o al hacer las funciones básicas del sistema estomatognático, todos los músculos trabajan en armonía.

En presencia de un contacto prematuro algún músculo tendrá que contraerse más que otros, es decir, caerá en estado de espasmo.⁽⁴⁾

El músculo afectado por el pre contacto se mantendrá contraído perdiendo su capacidad de relajación voluntaria. Esta contracción involuntaria de uno o más músculos puede llevar a los cóndilos de la mandíbula a posiciones excéntricas provocando apertura limitada de la boca, subluxaciones, crepitación, chasquidos articulares, cambios importantes de la posición de la mandíbula que van acompañados de una maloclusión y el síntoma que produce malestar y suele prolongarse más allá del límite de tolerancia del paciente, el dolor.^{(7) . (8)}



4.3 Zonas gatillo

La musculatura masticatoria que se encuentra en espasmo provoca dolor, estos músculos espasmados presentan zonas de mayor sensibilidad llamadas puntos gatillo.⁽⁸⁾

Estos puntos gatillo son áreas locales de bandas firmes e hipersensibles de tejido muscular. Es una zona muy circunscrita en la que únicamente unas fibras musculares motoras se contraen más que las otras, estas zonas son percibidas a la palpación como bandas tirantes.⁽⁷⁾

Los puntos gatillo generan impulsos que bombardean al SNC, originando dolor profundo y constante a otras áreas alejadas de la zona hipersensible que se palpa en el músculo.^{(7), (8)}

La mayoría de los pacientes sólo son conscientes del dolor referido del punto gatillo; un ejemplo muy común es el paciente que presenta dolor de cabeza por un punto gatillo en el musculo trapecio, dando dolor referido en la zona de la sien.⁽⁷⁾

4.4 Dolor referido de los músculos masticadores y región cervical

Músculo masetero

Si el punto gatillo se localiza en:

Fascículos superficiales anteriores; presentará dolor referido en: región de molares, encías y ambos maxilares.



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



Fascículos posteriores; presentará dolor referido en: ángulo de la mandíbula, región supraorbitaria y globo ocular.

Fascículos profundos; presentará dolor referido en la ATM y oído. ^{(7), (8)}
(Fig.2)

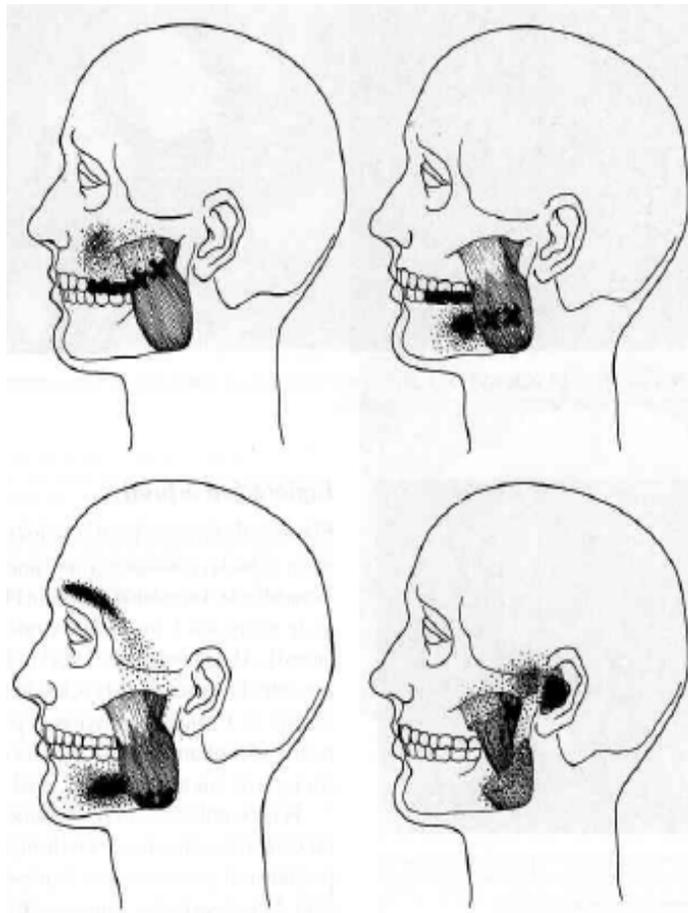


Fig. 2 ⁽⁷⁾



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



Músculo temporal.

Fibras anteriores; presentará dolor referido en el arco supraorbitario e incisivos superiores.

Fibras medias; presentará dolor referido a caninos, premolares y región supraorbitaria.

Fibras posteriores; presentará dolor referido a molares superiores y región occipital. ^{(7), (8)} (Fig.3)

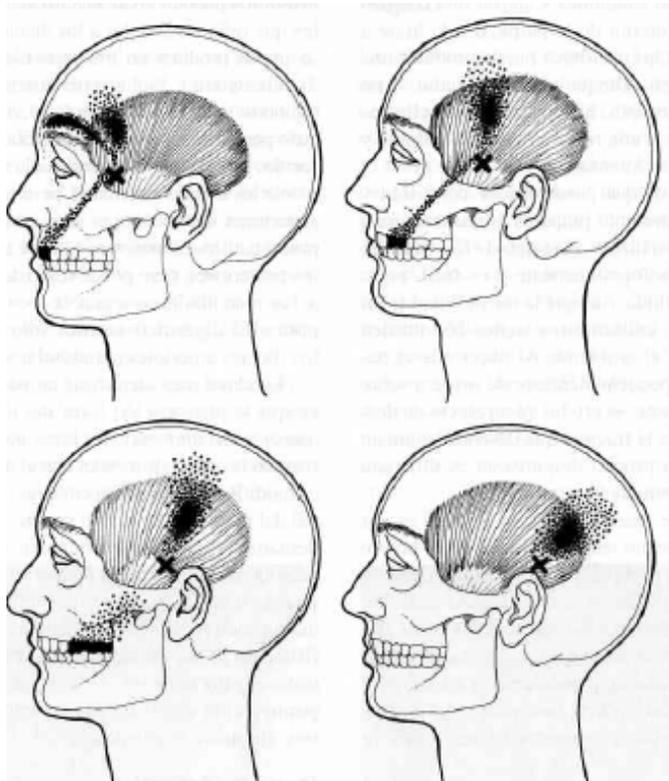


Fig.3 ⁽⁷⁾



Pterigoideo interno.

Presentará dolor referido en; parte posterior de la boca, garganta, lengua y ATM con restricción moderada de la apertura bucal. ⁽⁸⁾ (Fig.4)

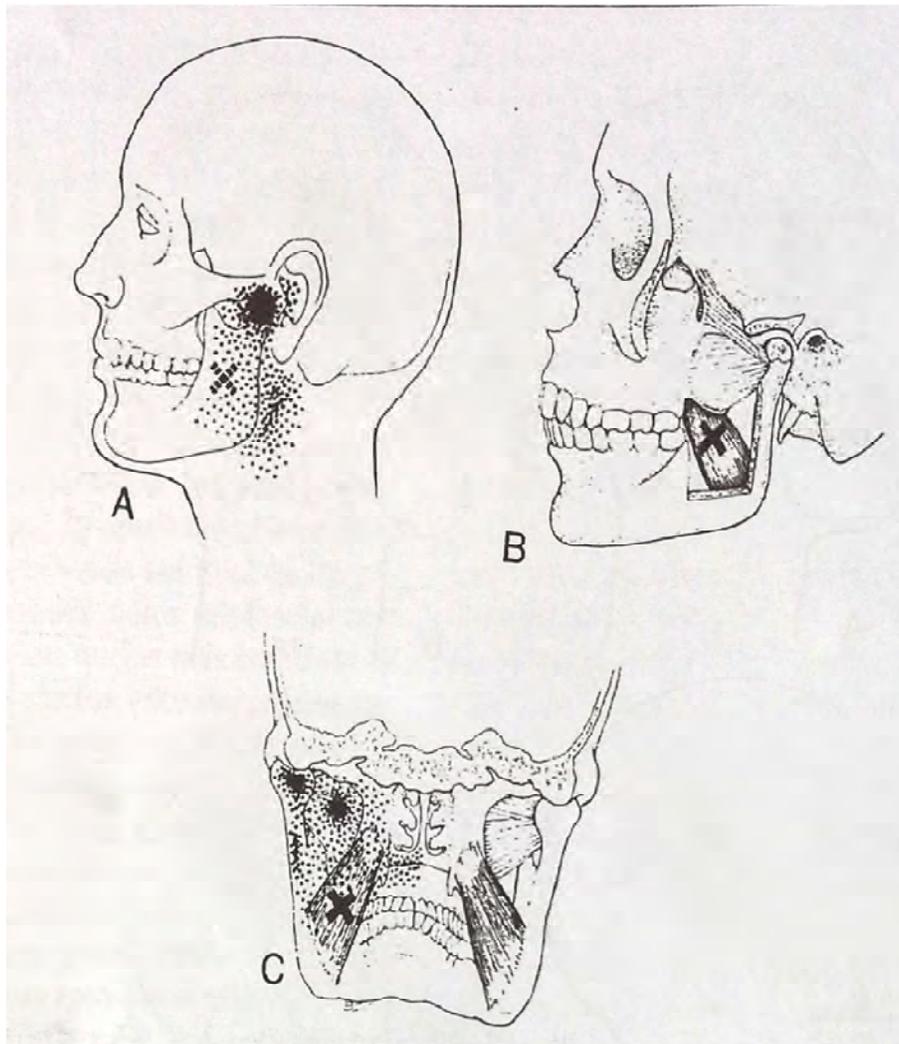


Fig.4 ⁽⁷⁾



Pterigoideo externo.

Presentará repercusión directa en ATM. ⁽⁸⁾ (Fig.5)

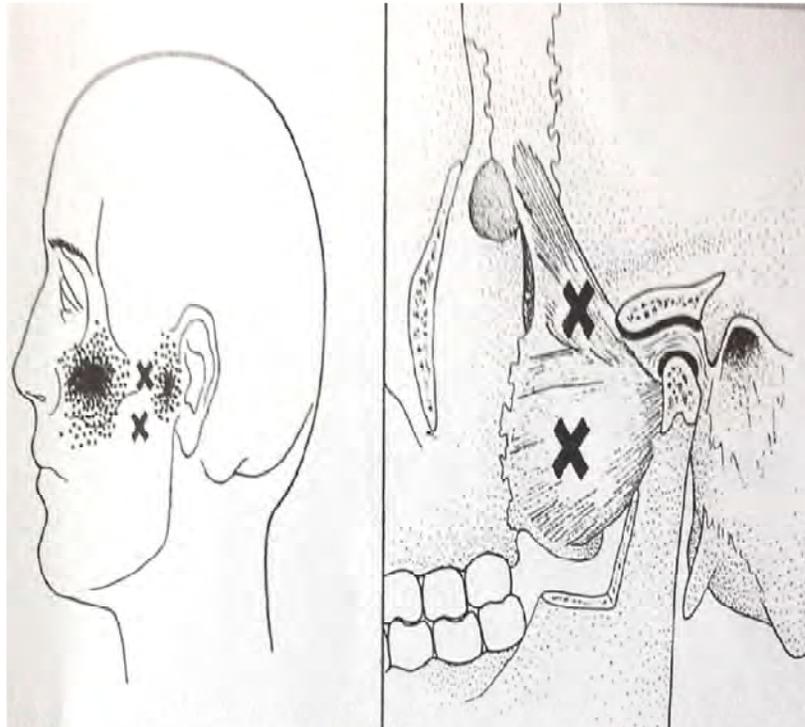


Fig.5 ⁽⁷⁾

Digástrico anterior

Referirá dolor en zona de incisivos inferiores. ⁽⁷⁾(Fig.6)



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.

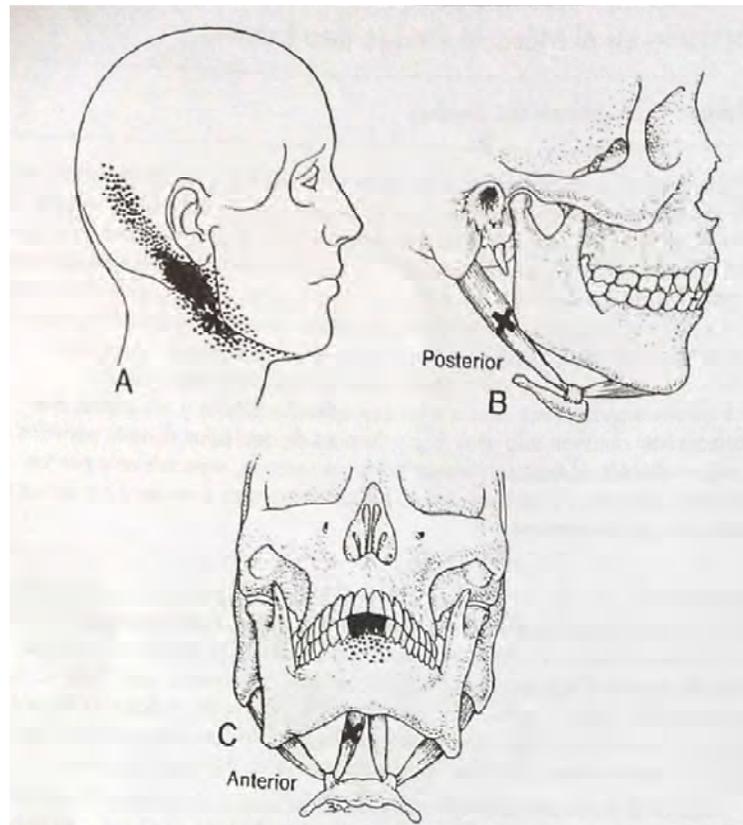


Fig. 6 ⁽⁷⁾

Esternocleidomastoideo

División esternal superficial; presentará dolor por toda la cara y cabeza.

División clavicular profunda; referirá dolor al oído, zona postauricular, región frontal y puede aparecer vértigo postural. ⁽⁷⁾ (Fig7)



EFFECTO DE LOS PUNTOS
PREMATUREOS DE CONTACTO DESDE
UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.

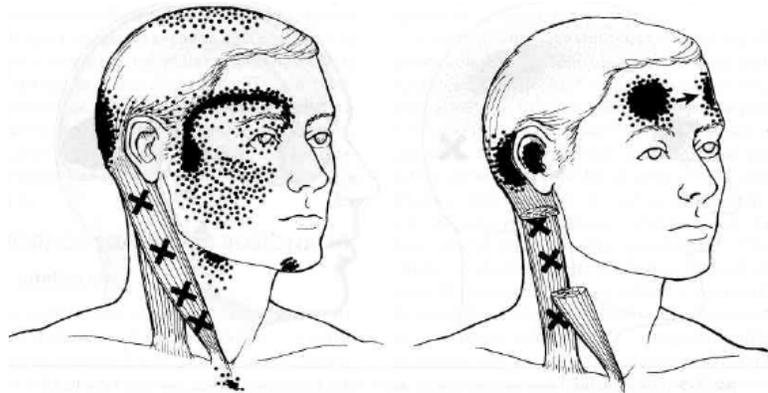


Fig.7 ⁽⁷⁾

Trapezio.

Parte superior; referirá dolor a lo largo de la parte posterolateral del cuello, zona postauricular, ángulo de la mandíbula y la sien. ⁽⁷⁾ (Fig. 8)

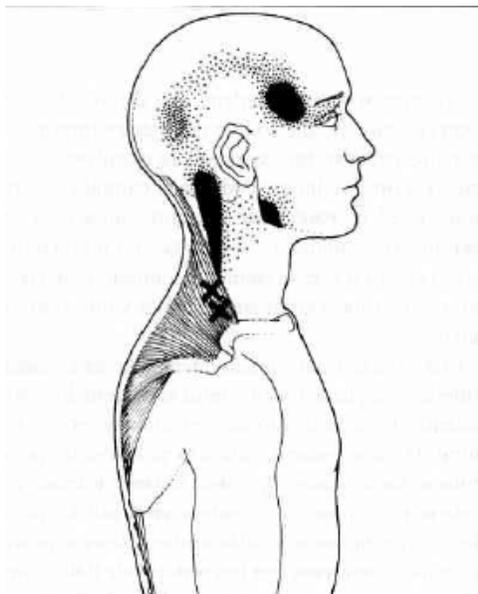


Fig. 8 ⁽⁷⁾



Occipitofrontal.

Parte frontal; referirá dolor en forma de cefalea frontal. (Fig. 9 A)

Parte occipital; referirá dolor en forma de cefalea craneal lateral y postocular. (Fig. 9 B)

Los músculos esplenio de la cabeza y esplenio del cuello, cervical, posterior y suboccipital son fuentes de cefalea de tipo tensional. ⁽⁷⁾

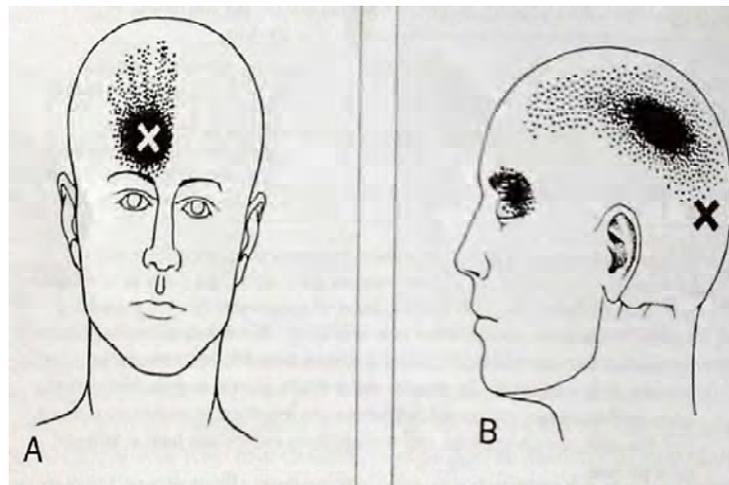


Fig. 9 ⁽⁷⁾

4.5 Dolor de espalda y continuidad de la alteración postural descendente

Todos estos trastornos en los músculos masticadores llevaron a la mandíbula a una posición excéntrica para evitar el punto prematuro de contacto, ésta desviación mandibular llevará a las estructuras subyacentes a una nueva posición espacial anómala, transmitiendo el



EFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



desequilibrio de los músculos masticadores en especial del músculo temporal al hueso hioides por medio de los músculos suprahioides, del hioides a la clavícula por medio del esternocleidomastoideo, así como al omoplato por medio del omohiideo desequilibrando la cintura escapular, las tensiones musculares seguirán descendiendo desequilibrando los músculos del tronco, repercutiendo sobre la estabilidad de la columna vertebral sobrecargándola y provocando en un intento de adaptación la formación de curvas escolióticas en la columna vertebral produciendo dolor de espalda .^{(5), (4), (9)}

Según Meersseman, entre el 30% -40% de los dolores de espalda, son causados o agravados, por una maloclusión dental.⁽⁵⁾

Debido a la formación de curvas escolióticas (son curvas que van de lado a lado de la columna vertebral), un hombro estará más alto que el otro, un omoplato más prominente que el otro, siguiendo con las cadenas musculares descendentes habrá una rotación de la pelvis por lo que una cadera estará más alta que la otra y su correspondiente pierna ligeramente más corta que la otra; el cuerpo debe seguir contrayendo más otros músculos en la región de los glúteos y piernas ocasionando dolor de rodilla, para poder seguir manteniéndose de pie .^{(5), (4)} (Fig.10)



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.

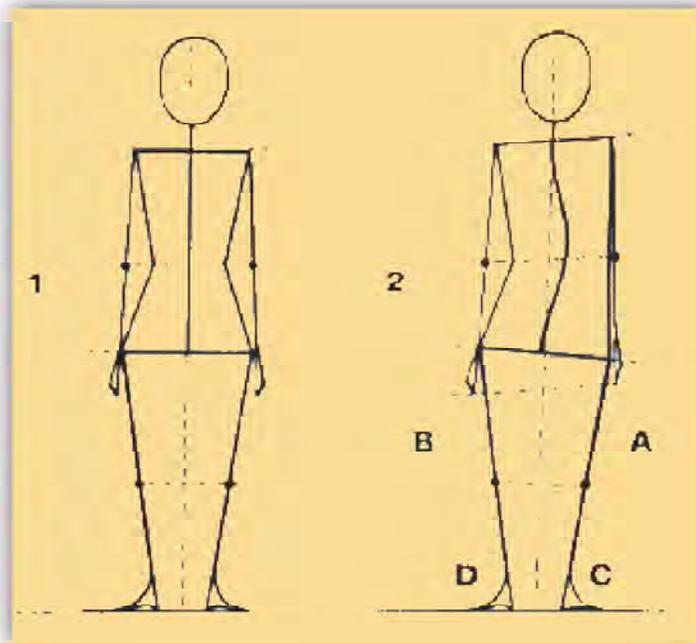


Fig. 10 ⁽¹⁰⁾ 1) simetría de la columna vertebral, 2) asimetría por formación de curvas escolióticas.

Y todo este re-ordenamiento de segmentos para poder seguir manteniendo la postura y evitar la presencia del contacto prematuro.

La kinesiología es una disciplina que nos ayuda a entender cómo se produce el desequilibrio de los segmentos de nuestro cuerpo y a detectar los puntos prematuros de contacto.



5 Kinesiología

5.1 Definición

La palabra Kinesiología proviene del griego *kínesis* que significa movimiento y *logos* ciencia o estudio.⁽¹¹⁾

Es el estudio de la dinámica muscular del cuerpo. Técnicamente hablando es un sistema que utiliza la prueba muscular para evaluar la función corporal por medio de la dinámica musculoesquelética.⁽¹¹⁾

5.2 Historia

Existe evidencia del conocimiento de la kinesiología en el antiguo Egipto plasmada en el papiro de Edward Smith, el cual habla sobre la relación de los dientes con los músculos de la masticación y la articulación temporomandibular.⁽¹²⁾

En 1840 Antonio Rotondo observa la relación entre maloclusiones dentales y problemas de la articulación, para su cura utilizaba corcho o madera que funcionaba igual que las férulas actuales.⁽¹³⁾

En 1912 N.G Wright describe el test muscular.⁽¹⁴⁾



EFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



En 1949 Henry y Florence Kendall utilizan el test muscular para la rehabilitación de los soldados heridos en la segunda guerra mundial naciendo así la kinesiología médica.⁽¹⁵⁾

El Dr. Palmer considerado creador de la quiropraxia junto con los médicos Bennet y De Jannette demostraron que era posible reajustar los huesos por medio de la estimulación de los músculos a través de puntos reflejos neurovasculares y neurolinfáticos.⁽¹²⁾

En 1960 George Goodheart investiga la reacción de la musculatura bajo estrés dándose cuenta de que todos los músculos ofrecen una respuesta débil cuando los sistemas: nervioso, sanguíneo, linfático y energético del cual se alimentan queda bloqueado.

Goodheart aplicó el test muscular en quiropraxia y osteopatía como herramienta en una nueva disciplina que nombro kinesiología Aplicada.⁽¹⁶⁾

En 1976 Goodheart descubre una relación directa entre los elementos dentarios en singular y algunos músculos en particular.⁽¹⁷⁾

En 1983 E.Walther retoma el estudio de Goodheart y lo profundiza graficando con mayor detalle la correspondencia entre los elementos dentarios y los músculos con los que se relacionan.⁽¹⁸⁾ (Fig. 11)



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.

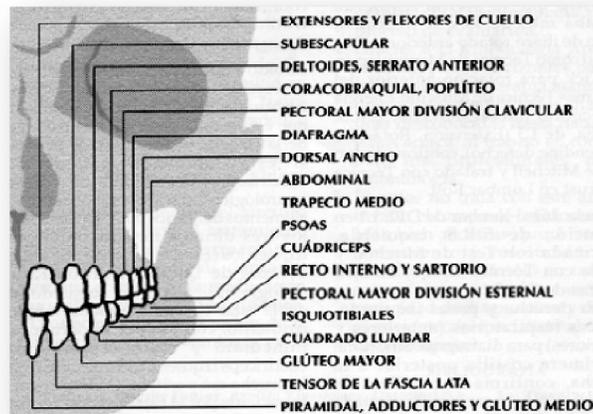


FIG.11 Relación entre los elementos dentarios y los músculos singulares o grupales musculares. ⁽¹⁷⁾

En 1984 Louis Nahmani introduce la kinesiólogía odontológica en Francia, como él, destacan varios autores en Europa en el área de la kinesiólogía odontológica tales como: Dr. Muhindo Kuliralo, Dr P.H.Dupas y su hermano osteópata Philippe Dupas, que enseñan kinesiólogía y osteopatía aplicadas a la odontología en la Facultad de Odontología de Lile en Francia. ⁽¹²⁾

Quiroprácticos como Jean Pierre Meersseman y Gian Mario Espósito observaron la corrección oclusopostural en pacientes que necesitaban una normalización de la oclusión. Meersseman interponía rollos de algodón entre las superficies de los dientes de dichos pacientes y observaba cambios y mejoras en la postura. ⁽¹²⁾

5.3 Aplicación en odontología

En odontología la kinesiólogía es un método de diagnóstico que se basa en la evaluación del tono muscular para obtener un plan de tratamiento más certero.



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



La kinesiología explica el proceso de la masticación y el movimiento mandibular en tanto éste activa el sistema esquelético.⁽⁸⁾

Gracias a estas simples exploraciones que son una gran herramienta en rehabilitaciones complejas que incluyen la pérdida de la dimensión vertical y nos permite situarla en su medida más exacta y apropiada mediante la exploración del músculo temporal (Fig. 12).^{(19), (20)}

Las torsiones mandibulares y la presencia de puntos prematuros de contacto son diagnosticadas también en la exploración kinesiológica mediante el test de Meersseman.⁽²⁰⁾

La inspección meticulosa del paciente revela en muchos casos asimetrías corporales y torsiones de la columna vertebral.



Fig.12⁽²⁰⁾ Evaluación del músculo temporal



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



Para entender mejor la aplicación de la kinesiología en los efectos de los puntos prematuros de contacto debemos conocer la relación que guardan entre si los músculos, huesos y articulaciones, principalmente de lo que se conoce como unidad funcional número uno.

6 Unidad funcional número uno

Lo que conocemos como unidad funcional número uno es un componente integral del cuadrante superior corporal formado por: Cabeza, cuello, columna cervical y cintura escapular está formada por el omoplato y la clavícula.⁽²¹⁾

6.1 Relación cráneo, columna y sistema estomatognático

La posición erecta (ortostática) del cráneo sobre la columna vertebral debe siempre mantenerse equilibrada para lograr un funcionamiento normal de todo el cuerpo.⁽⁸⁾

El cráneo es sostenido y equilibrado en la columna cervical por medio de la articulación occipitoatloidea, a su vez la mandíbula está ligada a este por medio de las superficies oclusales de los dientes, la articulación alvéolo-dentaria, las articulaciones temporomandibulares, el sistema muscular masticatorio y los sistemas nervioso, vascular y linfático que nutren estas partes.^{(8), (5)}



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



De esta forma comprobamos que la posición del cráneo es influenciada por la oclusión e inversamente, y cualquier desequilibrio de ésta se reflejara en la posición del cráneo y su sistema tónico muscular. ⁽⁸⁾

Gran parte del peso del cráneo descansa en la porción anterior de la columna vertebral y en las articulaciones temporomandibulares (Fig. 4). Es por esta razón que los músculos del cuello y espalda contribuyen a mantener erecta la cabeza y el cuerpo, siendo los músculos de la región posterior del cuerpo más potentes que los de la anterior, éstos deben contrabalancear las fuerzas de gravedad de todo el cuerpo. ⁽⁸⁾

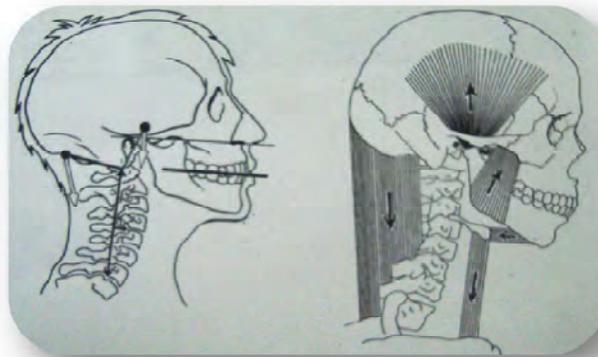


Fig. 1 ⁽⁸⁾ Equilibrio postural de la cabeza; posición ortostática

6.2 Musculatura dorsal

Como se ha mencionado antes, los músculos desempeñan un papel importante de conexión biomecánica entre aparato estomatognático, cráneo, columna vertebral y el resto del cuerpo. ⁽²²⁾ (Fig.5)



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



El sistema estomatognático se considera un elemento de enlace entre las cadenas musculares posteriores y anteriores en relación a la columna vertebral. ⁽²³⁾

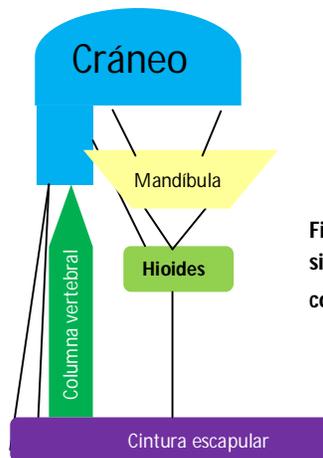


Fig. 5 Relación biomecánica entre el sistema estomatognático y la columna cervical. ⁽⁸⁾

Existen cinco cadenas musculares, los músculos masticadores pertenecen a éstas y unen al cráneo con el resto del cuerpo. ⁽⁹⁾

La cadena anterior: abarca la musculatura linguo-mandibulo-hioidea y los pterigoideos externos. (Fig.6)

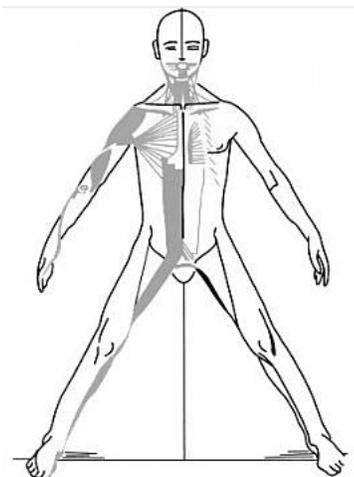


Fig.6 Cadena Anterior ⁽⁹⁾



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



La cadena anterolateral; abarca músculos maseteros, temporales, pterigoideos internos y esternocleidomastoideos. (Fig.7)

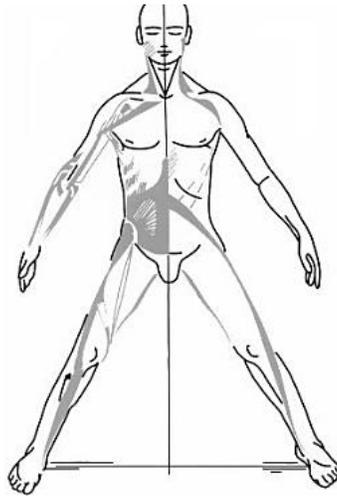


Fig. 7 Cadena antero lateral. ⁽⁹⁾

La cadena posterior; abarca músculos espinales y cervicales.(Fig.8)

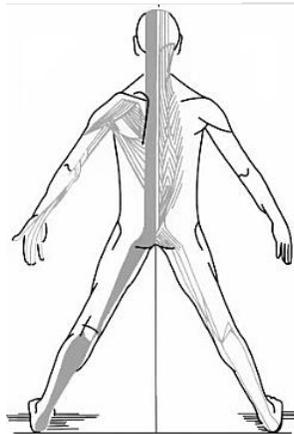


Fig.8 Cadena Posterior. ⁽⁹⁾

Cadena posterolateral; abarca músculos temporales y trapecios.(Fig.9)



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.

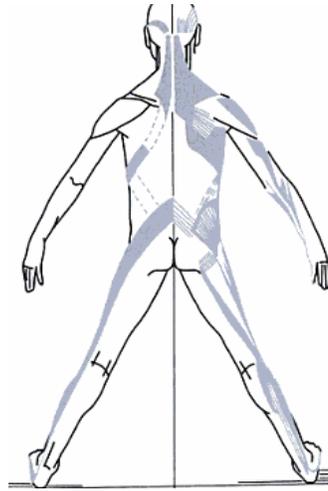


Fig.9 Cadena Postero lateral. ⁽⁹⁾

Tendón central: Es una estructura facial continua que comprende desde la hoz del cerebro pasando por la duramadre espinal, músculos suboccipitales, lengua, músculos hioideos, ligamentos suspensorios del corazón, fascias endotorácica, diafragma costal, sistema peritoneal, psoas y periné.(Fig.10)



FIG.10 Tendón Central. ⁽⁹⁾



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



La región posterior de los músculos cervicales y suboccipitales relacionan al cráneo con la columna cervical y la cintura escapular, los músculos de la masticación y los supra e infra hioideos lo hacen por la parte anterior e inferior. El hueso hioides tiene un papel clave dentro de esta relación. ⁽⁸⁾

Los músculos dorsales sirven de unión a la clavícula, escapula, húmero, costillas con el cráneo y columna vertebral. ⁽²⁴⁾

Entre ellos se encuentran:

Los músculos trapecios que se extienden desde el cráneo medialmente a la columna vertebral hasta la última vertebra dorsal. Su función es la de estabilizar la escápula, mantienen el nivel de los hombros contra la fuerza de gravedad.

Los músculos esternocleidomastoideos que son largos en forma de bandas, se extienden oblicuamente sobre la parte lateral del cuello, sirven de unión del cráneo con la cintura escapular. Ejercen gran influencia sobre la articulación temporomandibular a través de su inserción en el temporal, está en relación directa con la mandíbula por medio de la unión aponeurótica entre el ángulo de la mandíbula y la aponeurosis de éste. Su acción es flexionar lateralmente el cuello, cuando se contraen elevan las clavículas, el manubrio del esternón y por lo tanto las costillas, ya que actúan como músculos accesorios de la respiración. ⁽⁹⁾

Los músculos suboccipitales son los encargados del movimiento de la cabeza, conectan al atlas con el axis y a éstas dos con la base del cráneo (Fig.11). ⁽²⁴⁾



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.

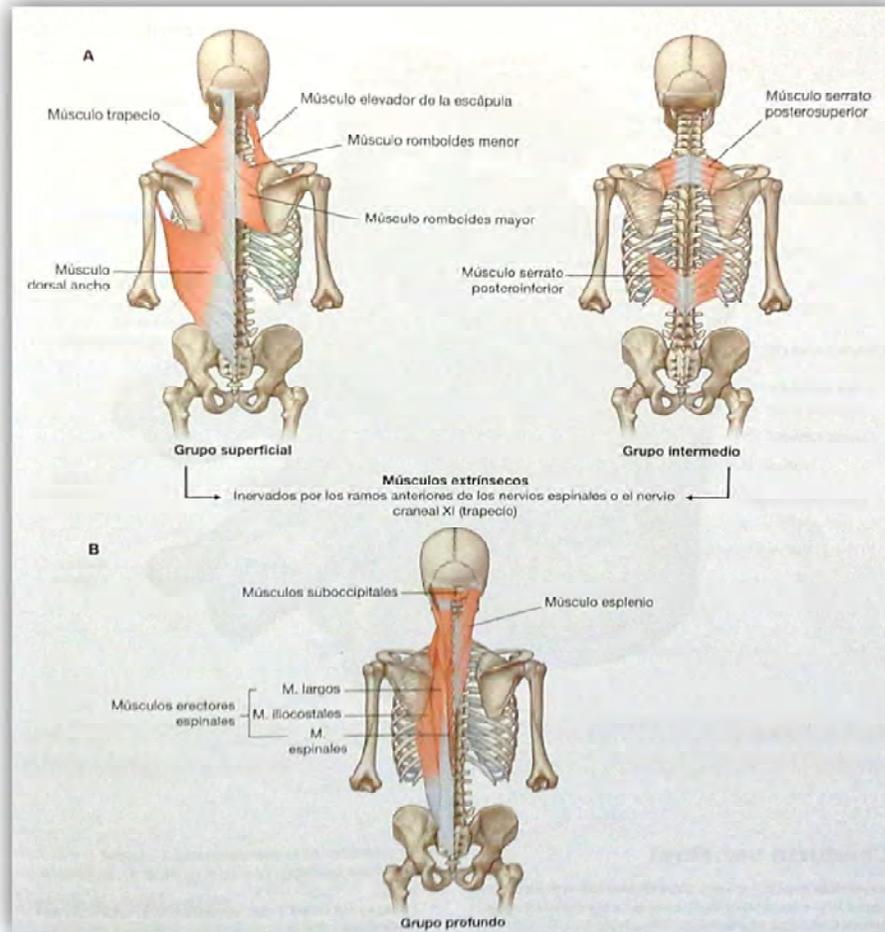


Fig. 11 Músculos dorsales. (24)

6.3 Musculatura masticatoria y cervical anterior

Los músculos masticadores y los supra e infra hioideos relacionan a la mandíbula con el cráneo y la cintura escapular por la parte anterior de la columna cervical. (8)



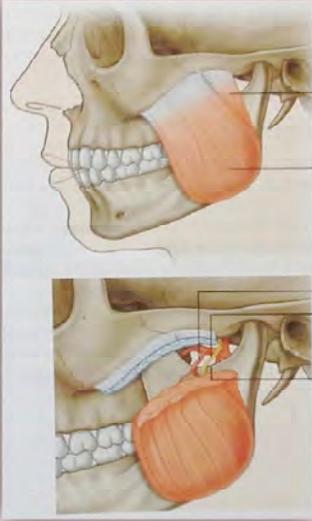
EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



Los clasificaremos en músculos: elevadores de la mandíbula (masticadores) y depresores de la mandíbula (supra e infra hioideos) (Tabla1)⁽²⁴⁾

Los músculos suprahioideos relacionan al hueso hioides por arriba con el cráneo y mandíbula, mientras que los infrahioideos relacionan al hioides con las estructuras de la cintura escapular.⁽²⁴⁾

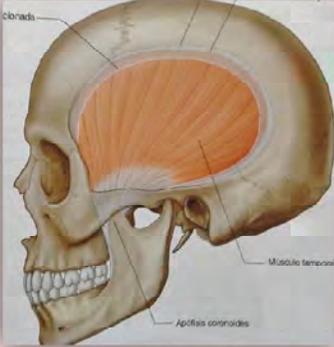
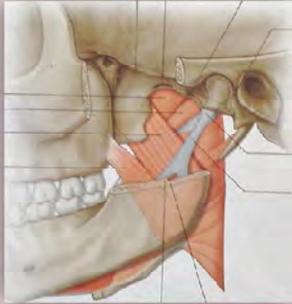
Músculos masticadores

Músculos elevadores de la mandíbula o masticadores	Músculo	Función	Imagen
	Masetero	Elevación mandibular	



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



	Temporal	Elevación de la mandíbula retrusión mandibular.	
	Pterigoideo medial	Elevación y latero pulsión mandibular	
	Pterigoideo lateral	Protrusión y lateralidad mandibular	



EFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



Músculos depresores de la mandíbula Suprahioideos	Estilohioideo	Elevación en dirección portero-superior del hioides	
	Milohioideo	Soporta y eleva el suelo de la boca y eleva el hioides	
	Digástrico Ventre anterior	Abre la boca bajando la mandíbula; levanta el hueso hioides	
	Ventre posterior	Tracción del hueso hioides hacia arriba y atrás.	
	Geniohioideo	Eleva la mandíbula, fija y tira del hueso hioides hacia adelante	
Músculos Infrahioideos	Esterno-hioideo	Desciende el hueso hioides	
	Omohioideo	Desciende y fija el hueso hioides.	
	Tirohioideo	Desciende el hioides, eleva la laringe.	
	Esterno-tiroideo	Tira de la laringe hacia abajo.	

Tabla 1 ⁽²⁴⁾



6.4 Hioides

Entre la cintura escapular y el cráneo se encuentra el hueso hioides, este es el arco que nivela los músculos agonistas y antagonistas de la masticación.⁽²⁵⁾

Es descrito como el giroscopio del equilibrio cervical y la postura del cráneo.⁽²³⁾

Es un hueso pequeño en forma de U, situado por encima de la laringe a la altura de la Vertebra C4.^{(23), (24)} (Fig. 12) .Esta unido al esqueleto por medio de ligamentos y un sistema musculotendinoso, constituye un anclaje óseo potente y muy móvil para diversos músculos y estructuras subyacentes de la cabeza y cuello.⁽²³⁾

El hueso hioides es un elemento clave en relación al equilibrio postural de la cabeza, el equilibrio cervical y del cuerpo.

Este hueso puede adoptar diferente posición por un desequilibrio muscular desencadenando un proceso de tensión-contracción, principalmente del músculo omohioideo, que se trasmite a la musculatura cervical debido a las relaciones existentes entre la musculatura supra e infrahioides con los músculos cervico-escapulares.

Éste proceso puede continuar a lo largo de las cadenas musculares hacia los miembros inferiores alterando la postura corporal.^{(23), (9)}

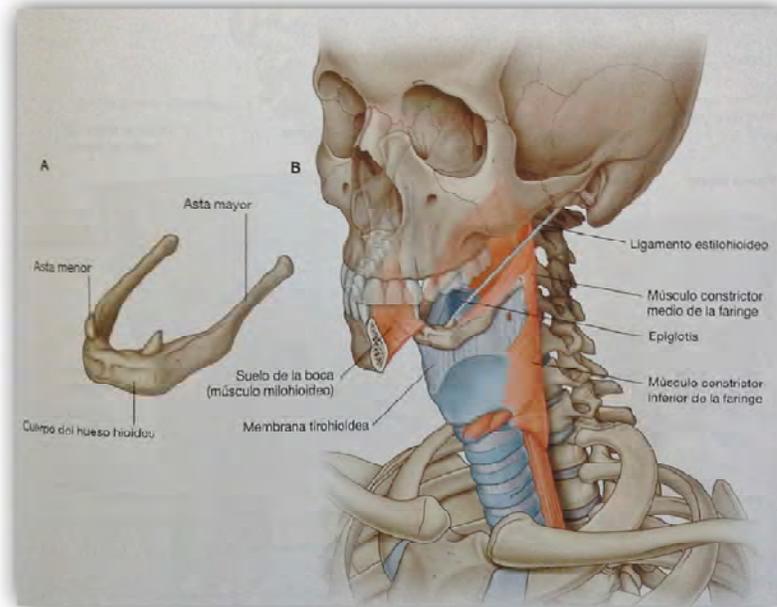


Fig.12 Hueso hioides. ⁽²⁴⁾

6.5 Postura

6.5.1 Definición

Acto inconsciente por el cual mantenemos las posiciones corporales en función de las percepciones físicas internas, externas y de las emociones. ⁽²⁶⁾

La posición ortoestática de la raza humana es la bípeda, con la cual se mantiene en pie, el hombre para lograr mantener esta posición se vale de una fuerza de la misma intensidad a la fuerza de gravedad pero contraria a ésta y mediante un proceso permanente de contracción-relajación muscular. ⁽²⁶⁾



6.5.2 Mantenimiento de la postura

La posición erguida del hombre se mantiene gracias al sistema tónico postural (STP). Este sistema mantiene la posición corporal en equilibrio respecto al centro de gravedad en base a la coexistencia de tres sistemas coordinados. ⁽²⁶⁾



Los sistemas de exteroceptores y propioceptores son receptores sensoriales que se encuentran en los órganos que conforman el cuerpo (Fig.14) los cuales informan al SNC el estado de equilibrio e inducen a una respuesta postural involuntaria específica para un momento determinado , mediante la modificación de las cadenas musculares . ⁽²⁷⁾



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



Fig. 3 Órganos receptores del cuerpo.

El papel del Aparato estomatognático en la regulación de la postura es recibir información propioceptiva proveniente de los músculos masticadores, tendones, lengua, ligamento periodontal y articulación temporomandibular (ATM).⁽²⁶⁾

Esta información pasa al SNC comunicándole la estabilidad y dinámica mandibular, lo cual es fundamental para realizar funciones como: masticación, deglución, fonación y respiración. Para que el SNC reciba la información necesaria y pueda desarrollar todas esas funciones es necesario que la mandíbula este finamente estabilizada (sin interferencias en la oclusión).⁽²⁷⁾

Por lo cual el aparato estomatognático es considerado como un elemento capaz de perturbar el mecanismo de la postura.⁽²⁸⁾

6.6 Alteración postural; ascendente y descendente

El ser humano es susceptible de padecer alteraciones en el STP al igual que en otros sistemas del cuerpo. La alteración del STP se denomina Síndrome de Deficiencia Postural (SDP) y se define como la

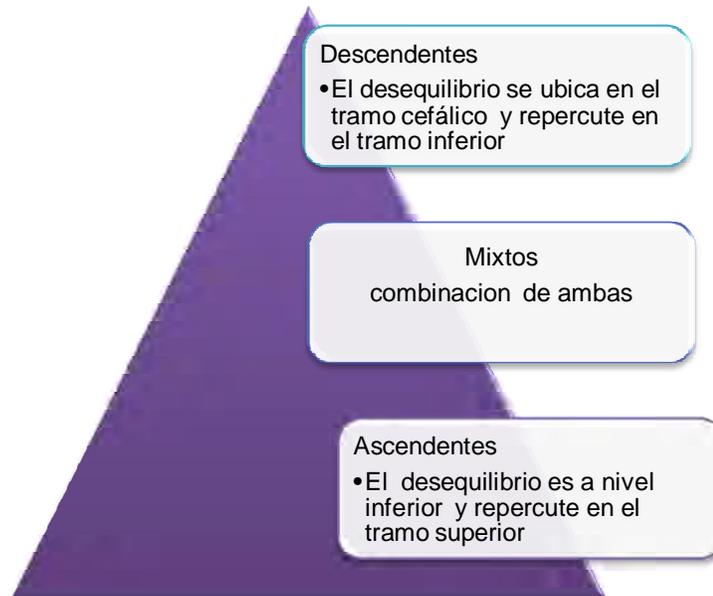


EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



incapacidad del SNC de tratar e integrar a la vez la información sensorial que recibe. ⁽²⁹⁾

Estas alteraciones las podemos clasificar en:



Como se menciona anteriormente el hueso hioides es el elemento de unión entre la musculatura de la parte superior y las cadenas musculares de la parte inferior del cuerpo, lo cual implica que cualquier estado de tensión, contracción o relajación de los músculos masticadores repercute en la musculatura general (sentido descendente) y la información de la región podal hacia el cráneo (sentido ascendente). ⁽²³⁾

La alteración postural ascendente se extiende hacia arriba, el desequilibrio del aparato locomotor puede desequilibrar el sistema estomatognático.

El desequilibrio descendente se extiende hacia abajo, los contactos oclusales, las articulaciones temporomandibulares y las



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



patologías de los músculos masticadores pueden desequilibrar al aparato locomotor.

Las alteraciones mixtas combinan a las dos anteriores.⁽⁹⁾

7 Aplicación de la kinesiología en la detección de puntos prematuros de contacto

Anteriormente hemos visto como la relación cráneo-mandíbula – columna cervical puede alterarse a lo largo de la vida del paciente por muchas circunstancias, en este caso por la presencia de puntos prematuros de contacto que ocasionan la desviación mandibular con sus consecuentes repercusiones ya descritas. Ahora lo que nos compete como profesionales de la salud es detectar si los problemas posturales del paciente son en efecto causados por la alteración del sistema estomatognático (alteración descendente) o son producidos por alteraciones directas de la columna vertebral, pelvis o pies (sentido ascendente).

Poder diagnosticar el origen del problema de nuestros pacientes nos brinda la posibilidad de ayudarlos directamente o en caso de ser una alteración ascendente remitirlo con los especialistas competentes.⁽³⁰⁾

A pesar de que los segmentos del cuerpo se han reordenado a causa de la desviación mandibular, el SNC aún mantiene guardada la posición óptima de ésta con respecto al cráneo lo que es importante en la aplicación del test kinesiológico sobre el sistema estomatognático.⁽³⁰⁾

Para comenzar la fase diagnóstica del paciente se sigue una ruta convencional con la realización de una historia clínica odontológica tradicional y la toma de estudios de gabinete necesarios.



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



Esta ruta la complementamos con aspectos diagnósticos basados en la kinesiología y la posturología. ⁽¹⁹⁾

Al terminar la recolección de datos por medio del método convencional, se efectúa una valoración postural desde un análisis estático, ya que al observar la posición de las referencias óseas podemos saber sobre el estado del tono muscular. ⁽¹⁹⁾

El análisis estático se realiza mediante la observación del paciente en posición ortoestática de reposo se describen las alteraciones de los diferentes segmentos corporales en los tres planos del espacio sagital, frontal y horizontal. ⁽²⁶⁾

Estudio sagital: Se analizan las curvaturas cervical y lumbar de la columna vertebral, se traza una línea vertical en relación con la parte posterior del cuerpo y se observa que los planos escapular y glúteo estén alineados con una separación entre 4 a 6cm en la región lumbar y de 6 a 8 cm en la región cervical. ⁽²⁶⁾ (Fig13.)

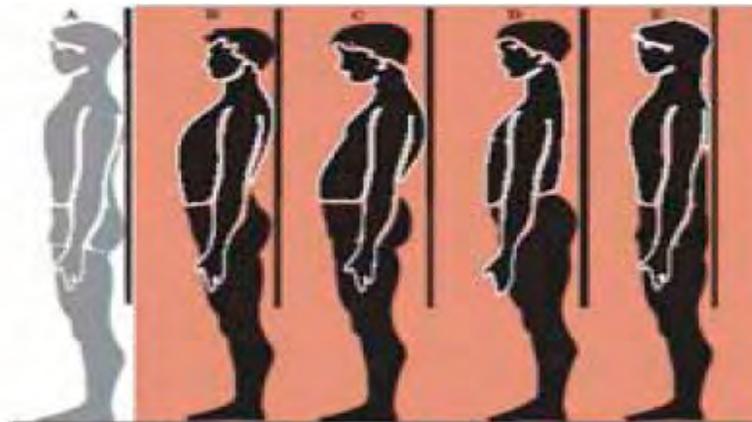


Fig. 13 .A) ideal, B) curvaturas cervical y lumbar aumentadas) plano escapular posterior, D) plano glúteo posterior, E) curvas cervical y lumbar disminuidas. ⁽²⁶⁾



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



Estudio frontal: El eje vertical se sitúa en la zona central del polígono de sustentación, coincidiendo con el vértex, plano facial (Na-Pg), vertebra C7y C3 y debe ser perpendicular a la línea bipupilar, acromioclavicular y cintura pélvica. Con este análisis se perciben mejor las perturbaciones posturales pudiendo encontrar los siguientes patrones (Fig14.)

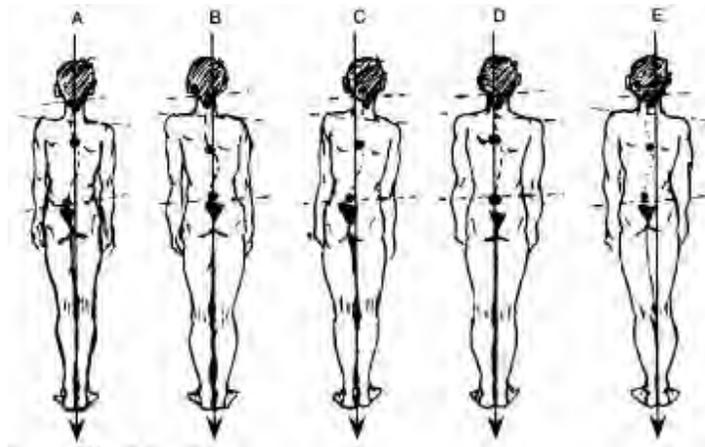


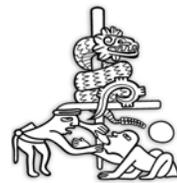
Fig. 14 Vertical de Barré. ⁽²⁶⁾

- A) Desalineación de L3= problema ascendente .
- B) Desalineación a partir de T4/T6= problema descendente.
- C) Desalineación cruzada = problema mixto .
- D) No hay desvío de referencias .
- E) Desalineación de referencias homolaterales = síndrome disarmónico . ⁽²⁶⁾

Estudio horizontal trasversal: Se analiza la rotación de los hombros y la pelvis con respecto a la columna vertebral, desde una visión coronal.



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



La tangente de unión de la zona más posterior de las escápulas y de los glúteos debe ser paralela a la tangente de unión de los talones (Fig.15). ⁽²⁶⁾

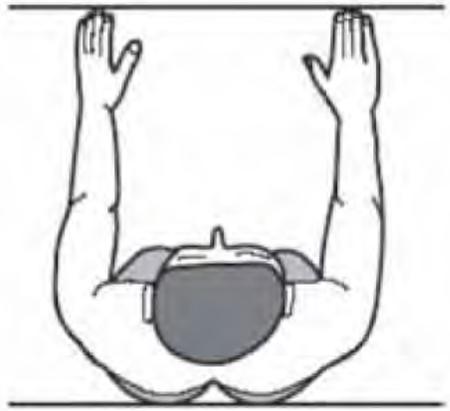


Fig. 15 Visión coronal del sujeto normal. ⁽²⁶⁾

De no ser así dependiendo del giro de la cintura pélvica y escapular existirá una torsión o una rotación. (Fig.16 y 17.)

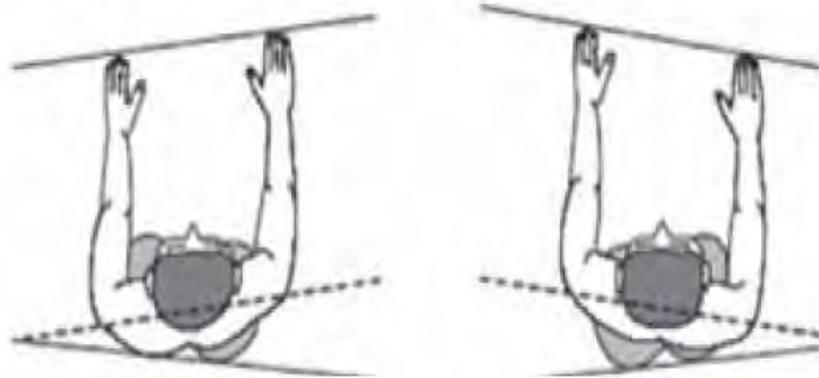


Fig. 16 Visión coronal del sujeto en torsión. ⁽²⁶⁾



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.

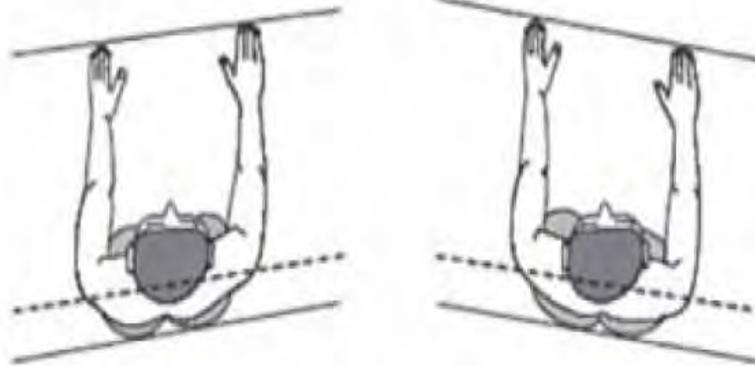


Fig. 17 Visión coronal del sujeto en rotación. (26)

El análisis dinámico se realiza mediante el test de Fukuda-Unterberger o prueba de pisoteo, en el cual el paciente da 50 pasos estáticos con elevación de las rodillas y brazos extendidos, esta prueba nos ayuda a explorar los captosres posturales, pues se hace con ojos abiertos /ojos cerrados, dientes en contacto/sin contacto. Después de esta prueba el paciente sano debe estar situado es un área que no supere los 15° a cada lado. Si el área en la que se sitúa el paciente es superior a los 15° nos indica una descoordinación neuromuscular (Fig.18). (26)



Fig. 18 Test de Fukuda Unterberger, la zona rayadar es la posición del sujeto sin alteracion postural. (26)



EFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



7.1 Aplicación de test musculares

La evaluación postural mediante test musculares constituyen un análisis dinámico de ésta, existen diferentes test para evaluar cada entrada de información al sistema tónico postural.

La evaluación del sistema estomatognático se realiza mediante la aplicación del test de Meersseman. ⁽²⁶⁾

7.2 Test de Meersseman

El test de Meersseman es un valioso instrumento de diagnóstico para determinar la influencia de la desviación mandibular causada por puntos prematuros de contacto sobre las anomalías posturales descendentes. ⁽³⁰⁾

El objetivo de este test es eliminar todos los puntos prematuros de contacto y corregir defectos oclusales, tales como ausencia de dientes, mordida abierta entre otras mediante la colocación de rollos de algodón entre los dientes y es los espacios edéntulos, para inducir una reprogramación neuromuscular y de esta forma comprobar si las alteraciones posturales del paciente son debidas a perturbaciones del sistema estomatognático. ^{(26), (30)}



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



7.2.1 Modo de ejecución

El test clásico se realiza interponiendo dos rollos de algodón entre los dientes y pidiendo al paciente que camine y trague saliva durante aproximadamente 30 segundos.

Pero este procedimiento es muy simple y no corrige todos los defectos oclusales y es necesario que el cerebro reciba información periférica distinta a la habitual para que pueda compararla con la posición ideal de la mandíbula que tiene guarda y si la nueva información que recibe coincide con el “ideal” , el SNC inducirá una reprogramación neuromuscular lo que resultara en una modificación de la postura .⁽³⁰⁾

7.2.2 Modificaciones del Test de Meersseman

Existen modificaciones del test de Meersseman dependiendo de:

La dimensión vertical (DV) las variaciones en ésta se manifiestan en forma de sobremordida y mordida abierta.

En pacientes con una DV normal (normo-verti-bite) se pueden usar dos rollos de algodón de espesor medio situados de canino a primer molar de cada arcada (Test de Meersseman Clásico).⁽³⁰⁾(Fig.19)



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



Fig. 19 Test de Meersseman clásico. ⁽³¹⁾

En pacientes con sobremordida (Fig.20) la cual se produce por la pérdida de soporte oclusal posterior debido a la falta de piezas dentales.

Se observa una discrepancia entre la DV ideal y la DV real los elementos que captan ésta diferencia son los husos neuromusculares de los músculos elevadores de la mandíbula que en el caso de la sobremordida se encuentran “acortados” , para que el SNC reciba información distinta a la habitual y pueda comparar las discrepancias, se deben de “alargar” los receptores de los husos ,es decir, se debe aumentar la DV.

Para lo cual se colocan rollos de algodón de un espesor más grueso. ^{(1), (30)} (Fig.21)



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



Fig.20 Sobremordida ⁽³⁰⁾



Fig.21 Aplicación del Test de
Meersseman. ⁽³⁰⁾

En pacientes con mordida abierta posterior (Fig. 22) que puede ser resultado de tratamientos dentales mal diseñados que aumentan la DV, los husos neuromusculares se encuentran “estirados” en la posición de máxima intercuspidadación .

Por lo que se colocan rollos de algodón muy delgados o en su defecto tiras de papel hechas con pañuelos plegados. Sería un error utilizar rollos de algodón gruesos que aumentarían aún más la DV. ^{(1), (30)} (Fig.23)



Fig.22 Mordida abierta posterior. ⁽³⁰⁾



Fig. 23 Aplicación del Test de
Meersseman. ⁽³⁰⁾

En casos de desviación mandibular que puede ser evidente si se observa detalladamente la cara, las líneas interincisivas superior e inferior no coinciden, además puede presentarse mordida cruzada unilateral.(Fig.24)



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



Fig.24 Desviación mandibular. ⁽³⁰⁾

En presencia de una desviación mandibular , cuando el paciente ocluye y las líneas medias interincisivas coinciden manteniendo los dientes en contacto, en la mayoría de los casos se puede observar del lado opuesto a la desviación, un solo contacto dental a nivel del canino y un espacio interoclusal de 1.2mm a nivel de las piezas posteriores. Del lado desviado no habrá contactos dentarios y existirá un espacio interoclusal de 3.5mm aproximadamente. (Fig.25)

Se deben colocar rollos de algodón de distinto espesor; uno grueso del lado de la desviación y uno de menor calibre del lado opuesto. De esta forma se logra reposicionar la mandíbula. ⁽³⁰⁾(Fig.26)



Fig. 25. ⁽³⁰⁾



Fig. 26 Aplicación del Test de Meersseman. ⁽³⁰⁾



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



La corrección de la postura anormal de la lengua es tan importante como la corrección de la postura anormal de la mandíbula. Para estos casos también existen modificaciones del Test de Meersseman.

Existen defectos en la dentición muy comunes como son; mordida abierta con interposición de la lengua a nivel de incisivos y espacios edéntulos laterales con interposición de la lengua.

Esta interposición de la lengua coloca a ésta en una posición anómala, debido a las relaciones anatómicas que guarda con la musculatura cervical modifica la postura de la primera vértebra cervical por lo que podríamos encontrar los siguientes casos de la tabla 2: ⁽³⁰⁾

Posición de la lengua	Posición del atlas
Protrusión de la lengua	Protrusión del atlas
Retrusión de la lengua	Retrusión del atlas
Torsión de la lengua	Torsión del atlas

Tabla 2 ⁽³⁰⁾

En el caso de la mordida abierta anterior con interposición de la lengua durante la deglución (Fig.27) se coloca un rollo de algodón grueso en la parte anterior en posición transversal, de tal forma que la lengua se ve obligada a posicionarse de manera correcta (Fig.28) ⁽³⁰⁾



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



Fig. 27 Mordida abierta con interposición de la lengua. ⁽³⁰⁾



Fig. 28 Aplicación del Test de Meersseman. ⁽³⁰⁾

En pacientes con espacios edéntulos laterales, se cortan rollos de algodón de espesores y tamaños distintos y se colocan en los espacios de modo que los cierren perfectamente (Fig.29). ⁽³⁰⁾



Fig. 29 Colocación de rollos de algodón en espacios edéntulos. ⁽³⁰⁾

Además se colocan los dos rollos de algodón del Test de Meersseman clásico para impedir contactos dentales y reposicionar la mandíbula (Fig.30). ⁽³⁰⁾



Fig. 30 Aplicación del Test de Meersseman clásico. ⁽³⁰⁾



EFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



Durante la aplicación del Test de Meersseman podemos obtener dos tipos de resultados:

1. No encontrar mejoría del estado del paciente y por lo tanto no habrá corrección de la postura cervical.

2. La mejoría de los síntomas del paciente con la corrección de la postura cervical.

En el primer caso se trata de un síndrome postural que no se atribuye al estado dental, en el segundo caso estamos frente a un síndrome postural de origen dental.

En el caso de los pacientes con alteraciones posturales descendentes se comenzara con la terapia de rehabilitación.



8 Conclusiones

Después de ésta revisión opino que los cirujanos dentistas tenemos que procurar el bienestar integral de los pacientes y no debemos caer en lo que la mayoría de nuestros colegas hacen , tratar “boca sin cuerpo”; la medicina tradicional en la que estamos educados divide en ramas las afecciones del cuerpo al igual que al médico que puede tratarlas, entre ellas está la odontología y por lo tanto cada especialista se enfoca sólo en su área ,pero se nos olvida que el cuerpo humano no está dividido en sistemas independientes y debe tratarse como un todo .

Debemos actualizarnos constantemente y conocer las relaciones existentes entre todos segmentos que conforman el cuerpo humano pues, éstos siempre deben estar en armonía para poder realizar las actividades que a diario llevamos a cabo.

En nuestro caso como Cirujanos Dentistas, debemos conocer las repercusiones que se producen cuando realizarnos procedimientos restauradores incorrectos; por ejemplo, el dejar puntos prematuros de contacto que ocasionan al paciente una serie de repercusiones como se puede ver en este trabajo, que inducen el reacomodamiento de todos los segmentos del cuerpo , generando problemas que repercuten en la salud física , emocional y psicológica del paciente.

Los cirujanos dentistas deberíamos adentrarnos en el conocimiento de métodos de apoyo alternativos para realizar un buen diagnóstico de las dolencias del paciente , tal como es la kinesiología que abarca tanto el estado físico ,emocional y psicológico del paciente



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



nos brinda la posibilidad de ayudar a aquellos pacientes que van de médico en médico sin encontrar solución a sus dolencias y que incluso han pensado en el suicidio .

Pensemos tan solo que en nuestras manos esta salvarle la vida al paciente y no sólo dejarle una sonrisa perfecta.



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



9 Referencias bibliográficas

1. D.Gross M. La oclusión en odontología restauradora,técnica y teoría. 1st ed. Barcelona : Labor S.A; 1982.
2. Acuña Priano C. Oclusion.com. [Online]. Available from:
<http://www.oclusion.es/2007/03/02/la-carencia-de-occlusion-en-relacion-centrica-como-factor-etiologico-de-fractura-radicular-determinante-de-una-implantacion-inmediata/>.
3. Barrancos M. Operatoria Dental. 3rd ed.: Panamericana; 2006.
4. Esposito GM. Los dientes pueden condicionar a la columna vertebral. Salutenatura. 1989 Junio; 1(4).
5. Aranda Ochoa JJ. Quinesiología ,Rehabilitación Neuro Oclusal y Deporte. Archivos de medicina del deporte. 2007; 24(118).
6. F. R. Terapia manual en las disfunciones de la articulacion temporomandibular. Revista Iberoamericana fisioterapia y kinesiologia. 2004 Noviembre; 7(2).
7. Okeson JF. Dolor orofacial según Bell. 5th ed. Barcelona: Quintessence; 1999.
8. Rocabado.Seaton M. Cabeza y cuello :Tratamiento articular Buenos Aires: Intermedica; 1979.
9. Francois R. Tratado de osteopatía craneal :articulación temporomandibular. 2nd ed. Buenos Aires: Médica Panamericana; 2005.
10. Maure Ternia F. Las guias.com. [Online]. Available from:
<http://www.lasguias.com/maure/indexesp.htm>.
11. Colegio Mexicano de terapeutas profesionales en masaje y enfermería holística,A.C. Técnica Kinesiologica.



EFFECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



12. Martín Santiago MP. SEKMO. [Online]. Available from:
<http://www.sekmo.es/contenido/historia-de-la-kinesiologia-medica-odontologica-aplicada/8/>.
13. Rotondo A. Tratado completo de la extracción de los dientes, muelas y raigones y modo de limpiar la dentadura. Madrid; 1846.
14. Wright WG. Muscle Training in the treatment of infantile paralysis. Public Health Reports. 1927 Diciembre ; 42(51).
15. Kendall HO. Muscles: Testing and function Estados Unidos: Williams and Wilkins; 1949.
16. Goodheart G. Applied Kinesiology Detroit; 1965.
17. Granadillo O. Diagnóstico de "Diente neurologico" mediante kinesiología aplicada. Terapia Manual Venezolana. 2000 octubre; 1(4).
18. Walter DS. Applied Kinesiology Vol II: Cabeza, cuello y dolor de la mandibula y disfunción sistema estomatognático Colorado: Sistemas DC; 1983.
19. Cavallés Anducas M, Machin Nuñez A. Kinesiología Odontológica : un nuevo enfoque rehabilitador. Maxillaris. 2005 Junio.
20. Talón J. Oclusión biológica y kinesiología. Dental Dialogue. 2010; III: p. 2-10.
21. Ocampo Fonseca I, Aguilar Saavedra MdIPC, Sánchez Ramos F. Cambios en la posición de las estructuras esqueléticas del complejo cráneo-cervical posterior a una cirugía ortognática. Revista Odontología Mexicana. 2013 octubre-diciembre; 17(4).
22. Brodie AG. Prize Essay Contest. The Angle Orthodontist. 1949; 19.
23. Aranda Ochoa JJ. Relación de la postura y equilibrio en el deporte con la oclusión dental. Archivos de medicina del deporte. 2003; 20(93).
24. Drake RL, Wayne A , Vogl IA, Mitchell WM. Gray Anatomía para estudiantes. 2nd ed. España: Elsevier; 2010.



EFEECTO DE LOS PUNTOS PREMATUROS DE CONTACTO DESDE UN ENFOQUE KINESIOLÓGICO.



25. Bedani de Esperante MH, Esperante Bedani C. La mandíbula como báscula del equilibrio postural. Gaceta Dental. 2006 septiembre; 173.
26. Bordes Bascarán J. Odontoposturología: un nuevo campo de actuación para los dentistas. Gaceta Dental. 2013 Octubre; (251).
27. Rivero Lesmes JC. Ortodoncia rivero. [Online]. Available from: <http://www.ortodonciarivero.com/assets/docs/publicaciones/Posturologia-NINOS.pdf>.
28. Esposito G.M. MJP. Valutazione della relazione esistente tra L'occlusione e la postura. Dentista Moderno. 1988; 5.
29. Da Cunha HM. Le syndrome de déficience posturale (SDP). Agressologie. 1987; 28.
30. Esposito GM. Test de Meersseman validez y limites. Ptero. 1999 Marzo; (2).
31. Toti T, Broggi R, Gherlone EF. Dijagnostički protokol za bolne sindrome disfunkcijskog kranio-cervikalnog područja na Kirurškom odjelu dentalne medicine Znanstvenog instituta „San Raffaele“ u Milanu. Acta Stomatologica Croatica. 2010; 44(4).