

15
1988



Universidad Nacional Autónoma de México

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

*OCCLUSION EN ODONTOLOGIA OPERATORIA
Y RESTAURADORA*

TESINA

QUE PRESENTAN

**Ma. de Lourdes Alquicira Vargas
Norma Lidia Hervert Jonquitud**

COMO UN REQUISITO PARA PRESENTAR
EL EXAMEN PROFESIONAL





Universidad Nacional
Autónoma de México



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis 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.

INTRODUCCION

Dentro de la odontología existen varios objetivos primordiales ha seguir; la capacidad funcional óptima de la oclusión y la estabilidad de las relaciones oclusales.

Con ésto nos encaminamos más al tema principal que es oclusión, trataremos también la importancia de las restauraciones en operatoria dental, asimismo, conoceremos brevemente el funcionamiento y la relación que existe entre los músculos y las articulaciones, una de ellas la articulación temporomaxilar, y las relaciones de los dientes en la arcada, estos temas juegan un papel decisivo al efectuar un diagnóstico para elaborar una restauración, debemos tomar en cuenta que una mala restauración ocasiona graves alteraciones en la oclusión.

OCLUSION EN ODONTOLOGIA OPERATORIA Y RESTAURADORA

ANATOMIA Y FISILOGIA DEL APARATO MASTICADOR EN LA OCLUSION

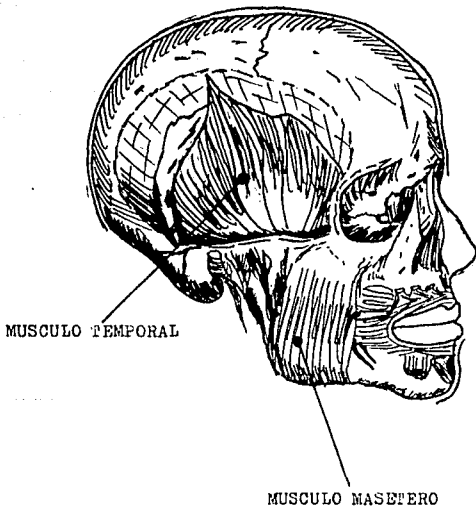
El aparato masticador es una unidad funcional formada por los dientes, las estructuras que les rodean y les sirven de soporte, los maxilares, las articulaciones temporomaxilares, los músculos insertados al maxilar inferior, los músculos de los labios y de la lengua, y los vasos y nervios correspondientes a estos tejidos.

Este sistema representa, asimismo, anatómica y fisiológicamente, una parte del cuerpo humano y, por lo tanto, no puede ser considerado, analizado y tratado como una unidad autónoma sin prestar la debida atención a la salud general del individuo.

El estudio electromiográfico muestra que la abertura del maxilar es efectuada por la contracción de los músculos pterigoideos externos y digástricos, y otros músculos suprahioides, probablemente en menor extensión. El cierre del maxilar se debe a la contracción de los músculos pterigoideo interno, masetero y temporal; y el movimiento de lateralidad es ejecutado por contracción ipsolateral del músculo temporal y contracciones contralaterales de los músculos pterigoideo externo e interno. La retrusión se efectúa por la contracción de las fibras medias y posteriores del músculo temporal. Los músculos suprahioides se encuentran también activos en la retrusión, y tienen un papel importante en el ajuste de todos los demás movimientos. Además, es sabido que durante la masticación también participan activamente los músculos de la lengua, mejillas y labios. La electromiografía ha proporcionado la oportunidad de observar la compleja actividad de los músculos masticadores, de la cara y del cuello como coordinadores de los movimientos del maxilar, y se ha hecho cada vez más evidente que en numerosos músculos participan los más --

simples movimientos de la mandíbula. Sin embargo una falla de -- los registros electromiográficos es que muestran únicamente cuán do y hasta cierto punto con qué fuerza actúa un músculo, pero no indican si el músculo actúa como un estabilizador (contracción - isométrica) o como motor (Contracción isotónica).

Recientemente se ha tratado de evaluar si los movimientos - de abertura se encuentran restringidos a movimientos del maxilar inferior. Los resultados de la investigación indican que el maxi lar superior toma parte en los movimientos de abertura; o sea, - que la cabeza es inclinada ligeramente hacia atrás.



FISIOLOGIA DE LA OCLUSION

I. DEFINICION DE OCLUSION.

La oclusión se define como el acto de cerrar o ser cerrado, en odontología la palabra "oclusión" incluye tanto el cierre de las arcadas dentarias como los diversos movimientos funcionales con los dientes superiores e inferiores en contacto. Además, la palabra oclusión se emplea para designar la alineación anatómica de los dientes y sus relaciones con el resto del aparato masticador.

Hasta hace poco han sido enseñados dos conceptos principales de oclusión, uno de ellos es el concepto protético de oclusión balanceada para las dentaduras completas mediante el cual la estabilidad y eficacia funcionales son mejoradas por contactos dentales bilaterales en las excursiones laterales y protrusiva.

El otro concepto se encuentra ortodónticamente orientado para hacer resaltar ciertas relaciones estáticas aceptables entre cúspide y fosa; una oclusión que no llene esta relación se considera como maloclusión.

Durante los últimos años ha surgido un tercer concepto de oclusión individual dinámica en el cual el criterio para el diagnóstico de la oclusión y la necesidad de tratamiento se ha basado en una evaluación de la salud y funcionamiento de cada aparato masticador en particular.

II. MASTICACION Y OCLUSION

Los patrones para los movimientos masticadores se desarrollan en el momento de la erupción de los dientes primarios. El niño adquiere el sentido de la posición de los dientes tan pron-

to como hacen erupción los incisivos superiores e inferiores y - se produce el contacto dental. Se aprende la posición del maxilar inferior necesaria para que los dientes superiores e inferiores entren en contacto, y después se inician los movimientos de contacto. Los primeros movimientos son mal coordinados, de manera similar a los movimientos iniciales de la marcha. Posteriormente se establecen patrones de reflejos condicionados guiados - por la propiocepción en la membrana periodontal y en las articulaciones temporomaxilares, así como por el sentido del tacto en la lengua y la mucosa. Conforme van erupcionando más dientes en posiciones funcionales, los patrones de movimiento se modifican para adaptarse al principio general de la eficacia máxima con el gasto mínimo de energía y evitación del dolor e incomodidad. El patrón de movimiento del maxilar de una persona se basa en la - coordinación de los factores enumerados previamente que gobiernan los movimientos funcionales del maxilar (gúfa condilar, guía incisiva, plano de oclusión, curva de Spee y ángulos de las - cúspides.

III. RELACION CENTRICA Y OCLUSION CENTRICA

Relación céntrica es una posición funcional límite que se - alcanza principalmente durante la deglución, y, a veces, también durante la masticación.

La relación céntrica se define como el punto más posterior - más superior y más medio del cóndilo dentro de la cavidad glenoidea.

Oclusión céntrica es la máxima intercuspidación dental.

La relación céntrica y la oclusión céntrica no coinciden en la dentición humana promedio.

Las excursiones protusiva y lateral son parte de la función masticatoria normal y los choques masticatorios convergen a la - oclusión céntrica.

Las interferencias oclusales entre la relación céntrica y - la oclusión céntrica pueden crear disarmonía neuromuscular en la deglución, pero no durante la masticación.

La relación céntrica es estable y reproducible cuando la articulación temporomaxilar es normal y en ausencia de actividad - muscular desequilibrada.

IV. ESTABILIDAD DE OCLUSION

Una oclusión estable depende de la resultante de todas las- fuerzas que actúan sobre los dientes, incluyendo la fuerza erup- tiva que siempre se encuentra presente.

El ajuste de la posición dental se efectúa a través de la - vida del individuo en respuesta a los cambios naturales de las - fuerzas oclusales relacionados con el desgaste, en respuesta a - las alteraciones patológicas en los mecanismos de sostén o en la tonicidad muscular, y a continuación de la colocación de restau- raciones y de otros procedimientos dentales. Sin embargo, dentro de la capacidad adaptativa del aparato masticador, se mantiene - un equilibrio de las fuerzas. Los padecimientos periodontales, - la movilidad aumentada de los dientes, la alteración desfavora- - ble de la anatomía oclusal y de la posición de los dientes, los- hábitos pueden inducir un desequilibrio de fuerzas que esté más- allá del límite de adaptación y que se puede manifestar como o- - clusión traumática.

Se ha observado que los dientes se mueven y se desarrollan- nuevas interferencias si el ajuste de la oclusión no incluye en- principio el establecimiento y mantenimiento de la estabilidad - oclusal. El que un diente permanezca en equilibrio con las es- - tруктурas que le rodean depende de muchos factores oclusales, el estado de las estructuras de apoyo, tamaño, forma y número de ra - ces, e inclinación de los dientes.

Un principio práctico para la estabilización de los dientes después del ajuste oclusal o de la colocación de restauraciones dentales consiste en colocar las contenciones céntricas en el cierre en relación céntrica al mismo nivel horizontal que las contenciones céntricas en oclusión céntrica, y de tal manera que las fuerzas de la mordida en céntrica sean dirigidas a lo largo del eje mayor de los dientes. Las fuerzas verticales tienen menos tendencia a crear excesiva movilidad de los dientes que las fuerzas laterales y menos tendencia a mover los dientes hacia nuevas interferencias que las fuerzas desequilibradas dirigidas lateralmente. A fin de poder dirigir las fuerzas oclusales a lo largo del eje mayor de los dientes durante el ajuste de la oclusión y la colocación de restauraciones, resulta importante conocer la colocación general de los ejes de los dientes opuestos. Estos ejes varían con la disposición y ubicación del diente la angulación de los ejes rara vez coincide en las direcciones mesiodistal y vestibulolingual.

La estabilidad oclusal está también estrechamente asociada con la articulación temporomandibular y hasta con el desgaste fisiológico y la función muscular equilibrada.

V. OCLUSION NORMAL

La descripción de la oclusión normal se centra por lo general alrededor de los contactos oclusales, el alineamiento de los dientes, sobremordida y superposición, la colocación y relaciones de los dientes en la arcada y entre ambas arcadas y la relación de los dientes con las estructuras óseas.

Oclusión normal, por lo tanto, implicaría algo más que un gama de valores aceptables; indicaría también adaptabilidad fisiológica y ausencia de manifestaciones patológicas reconocibles Este concepto de oclusión normal pone de relieve el aspecto fun-

cional de la oclusión y la capacidad del aparato masticador para adaptarse o compensar algunas desviaciones dentro del límite de tolerancia del sistema.

VI. OCLUSION IDEAL

El concepto de oclusión óptima o ideal alude a un ideal tanto estético como fisiológico. La importancia dada a las normas - estéticas y anatómicas ha ido desplazándose progresivamente hacia el interés y la preocupación por la función, la salud y el bienestar.

Los ideales estéticos tienen muy escasas relaciones con la función y salud óptima de la dentición.

Para lograr comodidad funcional es esencial que prevalezca la armonía neuromuscular en el aparato masticador. El cumplimiento de ciertas condiciones relativas a las relaciones entre guías de la articulación temporomandibular y guía de la oclusión asegurarán la existencia de dicha armonía. Estas condiciones son las siguientes:

1. La relación maxilar debe ser estable cuando los dientes hacen contacto en relación céntrica.

2. La oclusión céntrica debe ser un poco anterior a la relación céntrica y hallarse en el mismo plano sagital que el camino recorrido por el maxilar inferior cuando realiza un movimiento directamente protrusivo entre la relación céntrica y la oclusión céntrica.

3. Es necesario un deslizamiento no restringido con contactos oclusales mantenidos entre la relación céntrica y la oclusión céntrica.

4. Es necesario tener una libertad completa para movimientos deslizantes suaves de los contactos oclusales en las excursiones realizadas tanto desde la oclusión céntrica como desde la

relación céntrica.

5. En las diferentes excursiones la guía oclusal debe estar de preferencia del lado de trabajo (activo) y no del lado de equilibrio (no activo). El grado dependiente de la guía incisiva o cuspídea no es importante para la armonía neuromuscular.

MÉTODOS DE DIAGNÓSTICO

El diagnóstico de las relaciones y disfuncionales debe basarse en las desviaciones observadas de los principios aceptados de lo que constituye la oclusión normal o fisiológica y las relaciones funcionales del aparato masticador. Dado que existe gran confusión acerca de lo que es normal no existen normas bien definidas y generalmente aceptadas sobre lo que constituye relaciones anormales o disfuncionales.

Los procedimientos de diagnóstico son:

- 1.- Hábitos bucales
- 2.- Estado psíquico
- 3.- Examen clínico
- 4.- Localización de la relación céntrica
- 5.- Patron habitual de masticación
- 6.- Radiografías
- 7.- Electromiografía

I. MODELOS DE ESTUDIO

Se emplean para completar el examen bucal ya que permite visualizar la oclusión tanto por lingual como por vestibular, el análisis de la oclusión existente, es factible cuando los modelos están montados en oclusión, así es posible estudiar las posibilidades de mejorar ésta, ya sea por el ajuste oclusal o por su reconstrucción o por ambas a la vez, también puede determinarse el grado de sobremordida, la cantidad de espacio interoclusal au

I. OCLUSION ANTERIOR A PROCEDIMIENTOS RESTAURADORES

Antes de iniciar procedimientos quirúrgicos o restauradores se debe determinar se las relaciones oclusales del paciente son adecuadas y merecen ser conservadas en las restauraciones o aparatos.

Caries, restauraciones inadecuadas, padecimientos periodontales, pérdida de dientes, predisponen y con frecuencia dan lugar a trastornos de las relaciones oclusales. En estas condiciones, con frecuencia hay limitación en los trayectos de la función masticatoria. Los patrones adaptativos o de conveniencia resultantes limitan la función de la dentición a través de desgaste oclusal disperejo y reflejos oclusales condicionados.

En algunos casos, la parte funcional de la oclusión de un paciente puede estar libre de interferencias oclusales, mientras que otros dientes que no participan en la función oclusal pueden haberse desplazado hacia una mala posición a causa de la pérdida de los antagonistas o por alguna otra causa.

El ajuste oclusal antes de los procedimientos restauradores debe ir, por lo tanto, más allá de la eliminación de las interferencias oclusales presentes en el momento del ajuste e incluir la corrección de las desviaciones a partir de un plano de oclusión aceptable. Con frecuencia resulta útil montar moldes en un articulador ajustable individualmente. Un ajuste de prueba de la oclusión, con subsecuente encerado de prueba de las restauraciones y reemplazos dentales, permitirá establecer los mejores patrones y relaciones oclusales para el paciente. El empleo de planillas oclusales estándar cuando no se dispone de un número suficiente de dientes para la reproducción del patrón de oclusión anterior. Por lo tanto, son utilizadas en la rehabilitación bucal-extensa cuando el paciente tiene relativamente pocos dientes. En pacientes con bruxismo grave o dolor de la articulación temporomandibular.

mentado y la posibilidad de localizar interferencias para la ubi-
cación de los apoyos.

II. VENTAJAS DE LOS MOLDES MONTADOS

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

Un análisis de las excursiones laterales, aunque no muy exacto, proporciona una oportunidad bastante buena de inspeccionar las relaciones entre cúspides y fosas durante la función lateral simulada, desde la cara lingual o vestibular. El funcionamiento protrusivo es reproducido en forma precisa sólo durante unos cuantos milímetros hacia adelante a partir de la relación céntrica, pero en esta importante área proporciona la oportunidad de estudiar las relaciones entre la gúfa incisiva y las cúspides de los dientes posteriores.

Los moldes montados son útiles en el análisis de la función oclusal, pero su principal valor se encuentra en la planificación del ajuste oclusal y de la reconstrucción bucal, así como de auxiliar en la enseñanza. Sin embargo el análisis diagnóstico final de la función de oclusión se debe hacer siempre en la boca del paciente.

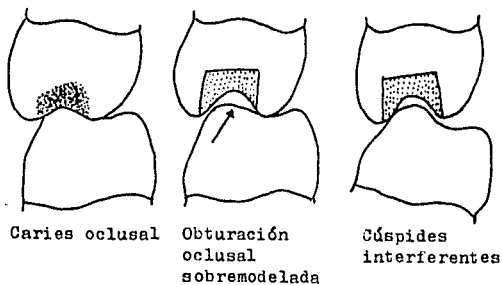
OCCLUSION EN ODONTOLOGIA OPERATORIA Y RESTAURADORA

La capacidad funcional óptima y la estabilidad de las relaciones oclusales, son los objetivos principales en cada fase de la odontología operatoria, restauradora. La colocación de restauraciones dentales ofrece una posibilidad aún mayor de lograr estos objetivos que la mera corrección de la falta de armonía oclusal mediante desgaste.

maxilar cambian frecuentemente la posición de bisagra terminal - estacionaria después de la eliminación de las interferencias oclusales y del dolor.

II. RESTAURACIONES INDIVIDUALES Y OCLUSION

La posición dental estable se estipula sobre una resultante dirigida axialmente de las fuerzas de mordida en oclusión céntrica para premolares y molares. En la región anterior tiene que haber equilibrio entre el impacto de las fuerzas funcionales y la presión de la lengua y los labios. El error más común consiste en sobre tallar las relaciones oclusales hasta el punto de que no haya contenciones céntricas, lo cual dara lugar a interferencias en las excursiones laterales.



Otro error frecuente en odontología operatoria consiste en no comprobar el cierre retrusivo tanto en relación céntrica como en oclusión céntrica.

Las restauraciones oclusales deben tener aproximadamente la misma dureza y potencial de desgaste que los dientes; de otra manera se desgastarán más rápidamente que el esmalte que las rodea y originarán interferencias oclusales en las excursiones laterales. Con frecuencia se observan marcadas interferencias cuspidas en las excursiones laterales en denticiones con un gran número de restauraciones de amalgama blanda y mal condensada.

Los contactos interproximales defectuosos pueden trastornar las relaciones oclusales de varios dientes adyacentes. El empleo de materiales blandos para restauración en contactos interproximales puede dar lugar a desgaste acelerado y desplazamiento mesial inarmónico y predisponer a interferencias oclusales. Si el material de la restauración es muy duro, dicha dureza puede impedir el desgaste normal dando por resultado interferencias oclusales.

Las restauraciones hechas con material más duro que el diente, no suelen provocar interferencias oclusales si están colocadas en la parte posterior de la boca. Sin embargo, las coronas anteriores de porcelana u otros materiales muy duros que no se desgastan al mismo tiempo que el resto de los dientes con frecuencia ocasionan desplazamiento anterior de los dientes superiores. Entonces el labio ejercitará más fuerza sobre los dientes desplazados en sentido labial que sobre los demás dientes pudiendo ocasionarse una oclusión traumática de vaivén.

III. RECONSTRUCCION O REHABILITACION BUCAL

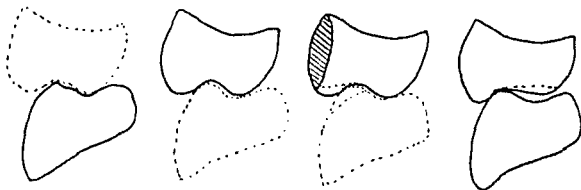
Tras el establecimiento de una relación intermaxilar normal ya sea por ajuste oclusal o planos de mordida, es de esencial --

importancia que estas relaciones sean transferidas a las restauraciones. Se han diseñado un gran número de articuladores y técnicas para asegurar dicha transferencia. Pueden aplicarse procedimientos relativamente simples usando un articulador Hanau o -- Dentatus para cualquier clase de reconstrucción dental. Estos -- procedimientos no son satisfactorios si el propósito es restaurar la oclusión bilateral balanceada con igual esfuerzo oclusal sobre el lado de trabajo y el lado de balanceo.

Inicialmente se fabrica una corona o incrustación provisional para un premolar o molar inferior que tenga diente opositor y que sea incluido en la reconstrucción. Estas coronas deben ajustarse lo mejor posible al patrón oclusal, se marcan puntos de referencia entre estas coronas y los dientes antagonistas superiores con el maxilar en relación céntrica. Antes de tomar la -- mordida, deben colocarse las coronas temporales previamente ajustadas. Esto se hace a fin de asegurar una posición controlada del maxilar en la relación céntrica previamente determinada y con la misma dimensión oclusal vertical que antes de que las preparaciones fueran hechas.

Si el paciente tiene marcada sobremordida y una guía canina bien definida, las incrustaciones o coronas temporales sobre estos dientes deben ser ajustadas al patrón oclusal, es importante tener coronas temporales que proporcionen una adecuada guía en las excursiones lateral y protrusiva.

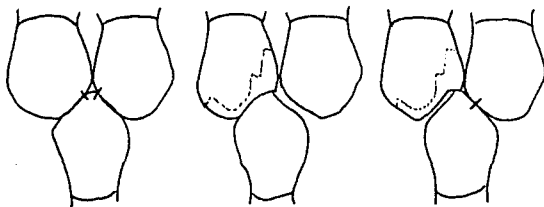
Malas relaciones funcionales



Iniciar una rehabilitación bucal con preparación de todos los dientes restantes en el maxilar inferior, en el superior, o en ambos, sin dejar contenciones céntricas o haber hecho coronas provisionales constituye un procedimiento arriesgado que fácilmente puede conducir a resultados inaceptables.

Desde el punto de vista de la odontología clínica, es mucho más fácil efectuar rehabilitación bucal con un margen de 0.5 a 1 mm. entre relación céntrica y oclusión céntrica.

Estudios electromiográficos indican que, inmediatamente después de la inserción de un aparato para el maxilar superior que guíe todos los movimientos oclusales a relación céntrica, aparece tensión en la parte posterior de los músculos temporales y ligeras molestias. Sin embargo, esta reacción desaparece rápidamente y la adaptación muscular a dicha oclusión resulta buena. De manera similar, se encuentra también buen equilibrio muscular con "céntrica prolongada", necesitando mayor investigación bajo condiciones bien controladas antes de poder resolver esta vieja controversia entre "céntrica prolongada y céntrica precisa".



AJUSTE OCLUSAL

Uno de los objetivos del ajuste oclusal es lograr la máxima eficacia masticatoria y protección gingival. Dicho objetivo no se dirige hacia el aplanamiento de las cúspides o la simple reducción de las superficies oclusales, sino hacia la eficacia de corte y la eliminación de la impacción de alimentos.

En ocasiones puede ser imposible lograr la estabilidad oclusal desgastando únicamente, y pueden hacerse necesarios los procedimientos dentales restauradores para estabilizar los dientes— aun así, se debe estar seguro que cualquier procedimiento de — ajuste oclusal esté encaminado lo más posible hacia la estabilización de las relaciones oclusales de los dientes.

El concepto de estabilidad oclusal incluye varios factores: estabilidad funcional y posicional de los dientes, estabilidad — reproducible del eje de bisagra terminal y mantenimiento de un — patrón neuromuscular armonioso inalterado para los movimientos — funcionales.

Los objetivos del ajuste en céntrica comprenden:

- 1.- Eliminación de contactos prematuros en relación céntrica y en oclusión céntrica.
- 2.- Creación de libertad en céntrica en el plano horizontal con oclusión céntrica ligeramente anterior a la relación céntrica y con presión uniforme sobre todos los dientes posteriores.
- 3.- Eliminación de todo el impacto horizontal-lateral en — el cierre en céntrica.

I. INDICACIONES DEL AJUSTE OCLUSAL

1. Trauma primario por oclusión
 - A) Periodontal
 - B) Dental
 - C) Pulpar

D) Articulación temporomandibular

E) Neuromuscular

F) Tejidos bucales blandos

2. Trauma secundario por oclusión

Movilidad de los dientes asociada con pérdida de apoyo

3. Antes de un tratamiento restaurador extenso

4. Movimientos funcionales restringidos

5. Inestabilidad de la oclusión después de tratamientos ortodónticos u otros tratamientos dentales.

Muchos pacientes han presentado problemas oclusales creados por los procedimientos de ajuste oclusal, las principales son:

1) Diagnóstico inicial defectuoso

2) Indicaciones o premisas erróneas para el ajuste oclusal

3) Principios técnicos defectuosos o inadecuados

4) Fallas técnicas del dentista al efectuar el ajuste oclusal.

Una última recomendación respecto al ajuste oclusal consiste en ser conservador en cuanto a substancia dental.

TRAUMATISMOS OCLUSALES EN EL PARODONCIO

Las alteraciones más importantes se ven en el aparato de -- unión del diente y el alveólo dental y las fuerzas más perjudiciales son las que actúan en sentido lateral. Las lesiones histológicas en la zona que recibe la presión, consisten de hialinización de las fibras principales de la membrana parodontal, trombosis de los vasos finos y actividad de los osteoclastos sobre la superficie ósea, por el proceso de reabsorción del hueso. Si la fuerza es suficientemente intensa, la compresión necrosa la membrana parodontal, pero debido a que el hueso no se absorbe en -- presencia de tejido necrosado, los osteoclastos aparecen en las zonas viables cercanas de la membrana parodontal y en los espa--

cios medulares. De éste modo la reabsorción ósea, se prolonga -- hasta que se elimina la presión sobre la membrana parodontal y -- después se presenta neoformación ósea, reorganización, e inclusión de las fibras parodontales. En casos extremos, los vasos se -- trombosan y ocasionalmente se identifican desgarros del cemento -- en la superficie del diente.

Durante el traumatismo oclusal las fuerzas aplicadas corresponden generalmente a aquellas que dan a los huesos movimientos laterales de vaivén y, por lo tanto, la reabsorción ósea se produce en todas direcciones, la membrana parodontal se amplía y el diente se afloja. Aunque el traumatismo oclusal no causa la bolsa parodontal ni otras lesiones gingivales, cuando hay gingivitis o parodontitis por irritantes locales, acelera y extiende el proceso inflamatorio sobre los tejidos ya alterados. Se ve emigración apical más rápida del nivel de la unión epitelial y profundización de la bolsa parodontal.

El diagnóstico clínico del traumatismo oclusal se hace gracias a los datos siguientes: movilidad y emigración de los dientes, facetas de desgaste exagerado en ellos, antecedentes de hábito de rechinar los dientes y alteraciones en las articulaciones temporomaxilares y los músculos asociados a ellas. Los signos radiográficos son: ampliación del espacio de la membrana parodontal, reabsorción de las raíces dentales, engrosamiento del cemento, y modificaciones en la densidad de la lámina dura y de las trabéculas del hueso alveolar.

BIBLIOGRAFIA

Ramfjord - Ash, OCLUSION, Nueva Editorial Interamericana. 1972

Davis Henderson

Victor L. Steffel, Protesis parcial removible según Mc. Cracken
Editorial Mundi SAICyF, 1974

Tomás Velázquez, Anatomía patológica dental y bucal,
Editorial La Prensa Medica Mexicana, 1966

CONCLUSIONES

La oclusión juega un papel importante en odontología operatoria y restauradora, ya que va encaminado a una funcional estabilidad de las relaciones oclusales.

Sin embargo, para una rehabilitación bucal completa deben tomarse en cuenta varios objetivos que nos encaminen a ella, la salud y la estética dental son dos objetivos primordiales para un ajuste oclusal óptimo.

El empleo de técnicas para una función oclusal armoniosa gira en torno a eliminar cualquier interferencia oclusal que ocasiona daños tanto a tejidos parodontales, articulaciones temporomandibulares y músculos que intervienen en el proceso masticatorio y que es diferente para cada paciente que presente este tipo de problemas, únicamente así puede el paciente obtener todo el beneficio que otorgan las restauraciones.

En odontología operatoria y restauradora se requiere de un profundo análisis de oclusión, y de un considerable estudio clínico para determinar una relación oclusal óptima de pacientes que requieran tratamientos muy extensos.

El odontólogo debe estar conciente que el tratamiento de alteraciones oclusales y la adecuada rehabilitación bucal reeditarán al paciente un buen funcionamiento de su organismo.