

879522  
Fey



# INSTITUTO UNIVERSITARIO DEL NORTE

ESCUELA DE ODONTOLOGIA  
INCORPORADA A LA  
UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO

## LA PROTESIS EN LA REHABILITACION DEL BRUXISMO

**T E S I S**

QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:

**CIRUJANO DENTISTA**

**P R E S E N T A :**

**GABRIEL HUMBERTO CUEVAS SAENZ**



CHIHUAHUA, CHIH.

TESIS CON  
FALLA DE C.R.GEN

1990



## **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.

# Í N D I C E

P Á G.

INTRODUCCIÓN	+++++	5
CAPÍTULO	I	
	ARTICULACIÓN TEMPORO-	
	MAXILAR	8
	+++++	
CAPÍTULO	II	
	OCCLUSIÓN FUNCIONAL	
	Y DINÁMICA MANDIBU	
	LAR	22
	+++++	
CAPÍTULO	III	
	OCCLUSIÓN ORGÁNICA	30
	+++++	
CAPÍTULO	IV	
	TRATAMIENTO DE REPO	
	SICIÓN	41
	+++++	
CAPÍTULO	V	
	TRATAMIENTO DEFINITI	
	VO	52
	+++++	
CONCLUSIONES	+++++	109
BIBLIOGRAFÍA	+++++	110

## I N T R O D U C C I Ó N

UNO DE LOS PADECIMIENTOS O HÁBITOS QUE CON MAYOR FRECUENCIA NOS ENCONTRAMOS EN NUESTRO CONSULTORIO, ES EL BRUXISMO. ASÍ COMO TAMBIÉN EN MUCHAS OCASIONES PASA DESAPERCIBIDO, -- POR FALTA DE UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA Y UN EXAMEN COMPLETO; YA QUE EN MUCHAS OCASIONES NOS ENFOCAMOS AL PROBLEMA ACTUAL-- EN SÍ, Y NO NOS FIJAMOS EN LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS CARACTERÍSTICOS DEL BRUXISMO. ES DECIR POR EJEMPLO, LOS DESGASTES EN UNA O VARIAS PIEZAS DENTARIAS EN UNA ETAPA TEMPRANA SON MUY LIGEROS Y AL RESTABLECER NOSOTROS UNA ALTERACIÓN MAYOR EN UNA DE LAS PIEZAS CON UNA RESTAURACIÓN, PODEMOS SER -- CAUSANTES DEL AUMENTO DEL DESGASTE, ES DECIR COMO LOS DESGASTES QUE OBSERVAMOS AL PRINCIPIO LOS CATALOGAMOS COMO FISIOLÓGICOS, Y NO LES DAMOS LA IMPORTANCIA NECESARIA; ABOCÁNDONOS A RESTAURAR EL PROCEDIMIENTO ACTUAL, QUE EN MUCHAS OCASIONES ES CAUSA DE LA VISITA DEL PACIENTE A NUESTRO CONSULTORIO.

YA ESTABLECIDA LA ALTERACIÓN, SUPONGAMOS QUE FUE UNA INCRUSTACIÓN PARCIAL OCLUSAL "ONLAY", LA CUAL SE PREPARÓ MUY -- BIEN Y TOMADA SU IMPRESIÓN Y PROTEGIDA LA PIEZA, LA MANDAMOS A LABORATORIO Y AL POCO TIEMPO, RECIBIMOS LA RESTAURACIÓN, -- CON UN SELLADO CORRECTO Y UNA ANATOMÍA OCLUSAL A SIMPLE VISTA BUENA, YA CEMENTADA LA INCRUSTACIÓN, CHECADOS SU AJUSTE Y PUNTOS ALTOS O CONTACTOS PREMATUROS Y DAMOS POR TERMINADO EL TRATAMIENTO.

AL NOSOTROS RESTABLECER UNA O VARIAS PIEZAS, ESTAMOS MODIFICANDO LA OCLUSIÓN DE NUESTRO PACIENTE AUNQUE EN GRADO MÍNIMO, Y CAUSAREMOS PEQUEÑAS INTERFERENCIAS OCLUSALES, YA QUE NUESTRO PACIENTE TIENE UNA MORDIDA DE CONVIVENCIA, PROVOCANDO EL AUMENTO DEL GRADO DE DESGASTE O CAUSAMOS LA FORMACIÓN DE ESTE HÁBITO.

ES POR ESTO QUE LA ELABORACIÓN DE ÉSTA TESIS, LLEVA COMO PROPÓSITO, BRINDAR AL CIRUJANO DENTISTA, UN MAYOR CONOCIMIENTO SOBRE EL TEMA Y CONOCER ASÍ TAMBIÉN SU TRATAMIENTO IDEAL--O DEFINITIVO QUE ES LA REHABILITACIÓN ORAL A BASE DE PRÓTE--SIS.

EN ESTE TRABAJO DE INVESTIGACIÓN, OBSERVAMOS LA IMPORTANCIA DE UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA, ASÍ COMO DE UN BUEN INTERROGATORIO Y EXAMEN ORAL PARA QUE NO CAUSEMOS ALTERACIONES O QUE NO EXISTÍAN. TOMAMOS TAMBIÉN EN CUENTA LA IMPORTANCIA--DE LA OCLUSIÓN, PARA PODER DETERMINAR SI LA OCLUSIÓN DE NUESTRO PACIENTE REQUIERE O NO DE UN AJUSTE OCLUSAL, ASÍ COMO TAMBIÉN SABER QUE SI SE REQUIERE DE UN AJUSTE, LO HAREMOS ESPECÍFICAMENTE A LOS REQUERIMIENTOS DE NUESTRO PACIENTE Y TENER LA CERTEZA DE QUE LE DAREMOS UNA OCLUSIÓN ORGÁNICA IDEAL.

ES IMPORTANTE QUE NOSOTROS ELABOREMOS NUESTRAS RESTAURACIONES EN SU TOTALIDAD O POR LO MENOS ELABORAR NOSOTROS EL ENCERADO OCLUSAL DEFINITIVO; CON EL FIN DE OBTENER LA OCLUSIÓN-

ORGÁNICA IDEAL Y NECESARIA Y NO LA QUE EL LABORATORISTA PASA-  
POR ALTO.

EL MONTAR NOSOTROS LOS MODELOS DE ESTUDIO, ES DE SINGU-  
LAR IMPORTANCIA, PARA SABER EL TIPO DE OCLUSIÓN DE NUESTRO PA-  
CIENTE Y CUAL ES LA IDEAL PARA ÉL. Y QUE PRÓTESICAMENTE ---  
TRIUNFAREMOS EN TODA SU TOTALIDAD.

A GRANDES RASGOS TRATO DE DAR A CONOCER LA IMPORTANCIA--  
DEL CONTENIDO DE ESTA TESIS PARA EL USO COTIDIANO EN NUESTRO-  
CONSULTORIO Y OBTENER ASÍ UNA MAYOR SATISFACCIÓN A NUESTRO PA-  
CIENTE COMO A NOSOTROS MISMOS.

## CAPÍTULO I

### ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR.

ES DE TIPO GIGLIOMARTOIDAL O MEJOR DICHO DE BISAGERA --  
DESGLIZANTE, CON ROTACIÓN Y DESPLAZAMIENTO.

NOS REFERIMOS ESPECÍFICAMENTE A QUE LA MANDÍBULA, PORTA  
DORA DE LA ARCADA INFERIOR, SE POSICIONA EN ESTÁTICA (UNA SO  
LA FUERZA, APLICADA SOBRE UN CUERPO, NO PUEDE PRODUCIR EQUI-  
LIBRIO) DA LUGAR A OCLUSIÓN DENTARIA, Y LA DINÁMICA (TODO EL  
CUERPO CONTINUARÁ EN SU ESTADO DE REPOSO, O DE MOVIMIENTO A-  
MENOS QUE UNA FUERZA LA OBLIGUE A CAMBIAR DE ESTADO) A POSI-  
CIONES FUERA DE LA ESTÁTICA. TANTO QUE ÉSTAS DOS TIENEN --  
QUE VER CON LA ARTICULACIÓN A.T.M; POR LA ACCIÓN MUSCULAR IN  
SERTADOS EN EL MAXILAR INFERIOR SE LLEVAN A CABO ESTAS DOS -  
POSICIONES.

LA ATM, ES EN REALIDAD, UNA ARTICULACIÓN DOBLE, EN LA -  
CUAL DOS CANTIDADES SINOVIALES, DENTRO DE UNA MEMBRANA FIBRO  
SA MOMÚN QUEDAN COMPLETAMENTE SEPARADAS POR UN MENISCO INTER  
ARTICULAR FIBROSO, DELGADO Y OVALADO. LA CARA SUPERIOR DE-  
ESTE MENISCO ES CÓNCAVA Y CONVEXA, AMOLDÁNDOSE AL CÓNDILO Y-  
A LA CAVIDAD GLANOIDES DEL TEMPORAL, RESPECTIVAMENTE; LA CA-  
RA INFERIOR SE ADAPTA A LA SUPERFICIE ARTICULAR ELÍPTICA DEL  
CODILO DEL MAXILAR. SU PERIFERIA SE UNE A LA CÁPSULA ARTI-  
CULAR Y, POR DELANTE, AL TENDON DEL MÚSCULO PTERIGOIDEO EXT.

## HUESOS Y MÚSCULOS MÁS IMPORTANTES DE LA ARTICULACIÓN.

### HUESO TEMPORAL:

HUESO PAR, SITUADO EN LA PARTE INFERIOR Y LATERAL DEL CRÁNEO, ENTRE EL OCCIPITAL, EL PARIETAL Y EL ESFENOIDE. EN EL FETO DE SIETE U OCHO MESES SE COMPONE DE TRES PIEZAS --- ÓSEAS DISTINTAS: LA ESCAMA, LAMINA APLANADA Y MUY DELGADA; EL PEÑASCO, A EXPENSAS DEL CUAL HA DE DESARROLLARSE MÁS TARDE DE LA APÓFISIS MASTOIDES; EL HUESO TIMPÁNICO, ESPECIE DE -- ANILLO INCOMPLETO QUE, DESARROLLÁNDOSE HACIA AFUERA, HA DE FORMAR LA MAYOR PARTE DEL CONDUCTO AUDITIVO (PARED ANTERIOR POSTERIOR E INFERIOR). ESTAS TRES PIEZAS SE UNEN MÁS TARDE FORMANDO UNA PIEZA ÚNICA. EN ESTA FORMA ESTÁ CONSTITUÍDO EL TEMPORAL DEL ADULTO. CONVIENE, SIN EMBARGO, DIVIDIRLO TAMBIÉN EN TRES PORCIONES:

#### 1.- PORCIÓN ESCAMOSA:

APLANADA LATERALMENTE E IRREGULARMENTE CIRCULAR, PRESENTA UNA CARA EXTERNA, INTERNA Y UNA CARA CIRCULAR.

#### EXTERNA:

CONVEXA Y LISA, FORMA PARTE DE LA FOSA TEMPORAL, PRESENTA POR DETRÁS, UN SURCO VASCULAR POR LA ARTERIA TEMPORAL PROFUNDA POSTERIOR. DE SU PARTE INFERIOR SE DESPRENDE UN APÓFISIS CIGOMÁTICA, LA CUAL PRESENTA UNA CARA EXTERNA, CONVEXA, CUBIERTA POR LA PIEL; UNA CARA INTERNA, CÓNCAVA, EN RELACIÓN CON EL MÚSCULO TEMPORAL; UN BORDE SUPERIOR, DELGADO Y CORTANTE, PARA LA APONEUROSIS TEMPORAL; UN BORDE INFERIOR, MÁS GRUESO, QUEDA INSERCIÓN AL MASETERO, UNA EXTREMI-

DAD POSTERIOR O BASE, QUE SE DIVIDE EN DOS RAMAS O RAÍCES:- UNA RAÍZ TRANSVERSA O CÓNDILO DEL TEMPORAL, DIRIGIDA HACIA-ADENTRO, CONVEXA, CUBIERTA POR CARTÍLAGO, QUE FORMA PARTE - DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR; UNA RAÍZ LONGITUDINAL QUE SE DIRIGE HACIA ATRÁS Y TAMBIÉN SE BIFURCA A SU VEZ. EL PUNTO DE UNIÓN DE LAS RAÍCES ESTÁ SEÑALADO POR UNA EMI--NENCIA, EL TUBÉRCULO CIGOMÁTICO. EL ESPACIO ANGULAR FORMA DO POR LA SEPARACIÓN DE LAS DOS RAÍCES ESTÁ OCUPADO POR UNA EXCAVACIÓN OVOIDEA, CUYO DIÁMETRO TRANSVERSAL ES MAYOR, LLA MADA CAVIDAD GLENOIDEA DEL TEMPORAL. POR DETRÁS DE ESTA--CAVIDAD SE ENCUENTRA UNA HENDIDURA TRANSVERSAL LLAMADA CISU RA DE GLASER.

INTERNA:

ES CÓNCAVA Y ESTÁ EN RELACIÓN CON EL CEREBRO; TIENE NU MEROSOS SURCOS VASCULARES CORRESPONDIENTES A LA ARTERIA ME--NINGEA MEDIA.

CIRCUNFERENCIA:

LIBRE EN SUS TRES CUARTOS ANTEROSUPERIORES, SE ARTICU- LA, POR DELANTE CON EL ALA MAYOR DEL ESFENOIDES Y, POR ---- ATRÁS, CON EL PARIETAL. EN SU CUARTO POSTERO-INFERIOR ES- TÁ UNIDA, POR UNA PARTE, CON LA PORCIÓN MASTOIDEA Y, POR -- OTRA, CON EL PEÑASCO (CISURA DE GLASER EN LA SUPERFICIE EXO CRANEAL DEL HUESO Y EN LA ENDOCRANEAL LA CISURA PETROESCAMO SA).

2.- PORCIÓN MASTOIDEA:

APLANADA DE AFUERA, ADENTRO PRESENTA COMO LA ANTERIOR--  
UNA CARA EXTERNA, UNA INTERNA Y UNA CIRCUNFERENCIA.

EXTERNA:

PLANA Y RUGOSA, TERMINA POR ABAJO CON UNA EMINENCIA, --  
LA APÓFISIS MASTOIDES. POR DENTRO DE ESTA APÓFISIS SE VE--  
LA RANURA DIGÁSTRICA, PARA EL MÚSCULO DEL MISMO NOMBRE.

INTERNA:

CÓNCAVA E IRREGULAR, CORRESPONDE AL CEREBELO, EN SU --  
PARTE ANTERIOR, CERCA DEL PEÑASCO, SE ENCUENTRA EN SURCO --  
VERTICAL PARA EL SENO LATERAL.

CIRCUNFERENCIA:

QUEDA LIBRE EN SU PARTE POSTEROSUPERIOR, SE ARTICULA--  
CON LA PARIETAL Y OCCIPITAL. EN SU RESTANTE EXTENSIÓN SE--  
CONFUNDE CON LA ESCAMA Y EL PEÑASCO.

3.- PORCIÓN PETROSA.

PIRÁMIDE CUADRANGULAR, LA CUAL PRESENTA UNA BASE, UN--  
VÉRTICE, CUATRO CARAS Y CUATRO BORDES.

BASE:

DIRIGIDA HACIA AFUERA, SE INTERPONE ENTRE LAS DOS PAR--  
TES ANTERIORMENTE DESCRITAS, UNIDA FUERTEMENTE A ESTA. PRE-

SENTA UN ANCHO ORIFICIO OVAL, EL CONDUCTO AUDITIVO EXTERNO-(C.A.E), EL CUAL LO FORMAN POR ARRIBA LA PORCIÓN ESCAMOSA,- POR DELANTE, ABAJO Y ATRÁS, LA PORCIÓN TIMPÁTICA.

VÉRTICE:

DIRIGIDO HACIA ADENTRO Y ADELANTE. MUY TRUNCADO Y -- PRESENTA EL ORIFICIO INTERNO DEL CONDUCTO COROHÍDEO, Y EN-- EL CRÁNEO ARTICULADO, SE UNE AL CUERPO Y AL ALA MAYOR DEL-- ESFENOIDES.

ANTEROSUPERIOR:

ESTA CARA PRESENTA DE ADENTRO AFUERA: FOSITA OVAL PARA EL GANGLIO DE PASER, EL HIATO DE FILOPIO, PARA EL NERVIO PE TROSO SUPERFICIAL MAYOR, DOS SURCOS TRANSVERSOS QUE VAN DEL HIATO DE FALOPIO AL RESGUARDO ANTERIOR, LA EMINENCIA ARWATA PARA EL CONDUCTO SEMICIRCULAR SUPERIOR Y, EL TEQMEN TYMPANI

POSTEROSUPERIOR:

RELACIONADA CON EL CEREBELO Y EL ISTMO, PRESENTA: ORIFICIO DEL CONDUCTO AUDITIVO INTERNO PARA EL AUDITIVO, EL FA CIAL Y EL INTERMEDIARIO, EL CONDUCTO, ENDOLIFÁTICO PRESENTA EL ACUEDUCTO DEL VESTÍBULO, Y LA FOSE SUBARWATA.

POSTEROINFERIOR:

SE DIVIDE EN TRES ZONAS EXTERNAS Y PRESENTA: APÓFISIS-- ESTILOIDES PARA EL RAMILLETE DE RIOLANO, AGUJERO ESTILOMAS-- TOIDEO PARA EL NERVIO FACIAL, ESTÁ EN LA ZONA EXTERNA.

EN LA ZONA MEDIA, LA FOSA YUGULAR PARA EL GOLFO DE LA VENA YUGULAR INTERNA. EN LA ZONA INTERNA, EL ORIFICIO DEL CONDUCTO CAROFÍDEO Y ORIFICIO DEL CONDUCTO JACOBSON, PARA EL NERVIÓ DEL MISMO NOMBRE.

ANTEROINFERIOR:

PRESENTA UNA SUPERFICIE CÓNCAVA, LISA Y UNIFORME QUE FORMA PARTE DEL HUESO TIMPÁTICO, Y FORMA LA PARED ANTERIOR DEL C.A.E., PRESENTA UNA SUPERFICIE TRIANGULAR DEL PEÑASCO PARA EL MÚSCULO DEL MARTILLO.

LOS BORDES SE ARTICULAN POR ARRIBA CON EL CANAL PETROSO, POR ABAJO CON LA CRESTA PETREA, POR ATRÁS CON EL BORDE INFERIOR DEL OCCIPITAL Y POR DELANTE CON LA PORCIÓN ESCAMOSA.

HUESO MAXILAR INFERIOR.

HUESO IMPAR, MEDIO, SIMÉTRICO, SITUADO EN LA PARTE INFERIOR DE LA CARA. SE DIVIDE EN DOS, LA PRIMERA ANTERIOR O CUERPO Y DOS LATERALES O RAMAS.

EL CUERPO TIENE FORMA DE HERRADURA, CON LA CÓNCAVIDAD-DIRIGIDA HACIA ATRÁS. EN SU CARA ANTERIOR PRESENTA: EN LA LÍNEA MEDIA LA SÍNFISIS MENTONIANA, QUE TERMINA, POR ABAJO, EN UNA EMINENCIA MENTONIANA, LA CUAL A SUS LADOS PRESENTA-- UNA LÍNEA OBLICUA EXTERNA Y A NIVEL DE LOS SEGUNDOS PREMOLARES EL AGUJERO MENTONIANO. EN SU CARA POSTERIOR, EN LA LÍNEA MEDIA EXISTEN CUATRO EMINENCIAS, DOS SUPERIORES PARA --

LOS MÚSCULOS GENIGLOSOS Y DOS INFERIORES PARA LOS GENIHIOIDES, ESTAS SON LLAMADAS EMINENCIAS GENI, HACIA AFUERA DE ESTAS SE ENCUENTRA LA FOSITA SUBLINGUAL PARA LA GLÁNDULA SUBLINGUAL, PRESENTA TAMBIÉN UNA LÍNEA OBLICUA INTERNA, Y POR ABAJO DE ELLA A NIVEL DE SEGUNDOS Y TERCEROS MOLARES ESTÁ LA FOSA BUSMAXILAR PARA LA GLÁNDULA SUBMAXILAR.

EN SUS BORDES: SUPERIOR O ALVEOLAR, ESTÁ OCUPADO POR LAS CAVIDADES ALVEOLODENTARIAS PARA IMPLANTAR LOS DIENTES. EL INFERIOR PRESENTA LA FOSETA DIGÁSTRICA PARA EL MÚSCULO DIGÁSTRICO Y UN CANAL PARA LA ARTERA FACIAL.

HABLANDO DE SUS RAMAS, QUE SON CUADRÍLATERAS MÁS ANCHAS QUE ALTAS, OBLICUAMENTE DIRIGIDAS HACIA ABAJO Y ARRIBA ADELANTE Y ATRÁS.

SUS CARAS SON DOS: LA EXTERNA, PLANA, RUGOSA PARA LA INSERCIÓN, EL MÚSCULO MASETERO EN SU INSERCIÓN SU CARA INTERNA, PRESENTA EN SU CENTRO EL ORIFICIO SUPERIOR DEL CONDUCTO DENTARIO, DEL CUAL POR DELANTE Y ABAJO, PRESENTA UNA LAMINILLA ÓSEA TRIANGULAR LLAMADA ESPINA DE SPIX POR ATRÁS DE ESTE ORIFICIO NACE UN CANAL DEL MILOHIDEO PARA EL NERVIYO Y VASOS MILOHIODEOS Y LA PARTE INFERIOR DE ESTA CARA INSERTA AL PTERIGOIDEO INTERNO.

SUS BORDES, EL INFERIOR SE CONTINÚA CON EL BORDE INFERIOR DEL CUERPO, EL POSTERIOR FORMA EL ÁNGULO MANDIBULAR Y TIENE FORMA DE "S" ITALICA Y SE RELACIONA CON LA PARÓTIDA. EL ANTERIOR ES CÓNCAVO Y FORMA EL CANAL. EL SUPERIOR PRESENTA EN SU PARTE MEDIA UNA ESCOTADURA, LA SIGMOIDEA, DE LA CUAL NACE ANTERIORMENTE O DELANTE DE ÉSTA EMINENCIA TRIANGULAR LLAMADA APÓFISIS CORONOIDES (PARA EL MÚSCULO TEMPORAL).

POR DETRÁS DE LA ESCOTADURA HAY UNA SEGUNDA EMINENCIA, EL CÓN--  
DILLO DEL MAXILAR, APLANADO DE DELANTE A ATRÁS, CON SU --  
EJE DIRIGIDO DE AFUERA A ADENTRO Y DE DELANTE A ATRÁS; ESTÁ  
SOSTENIDO POR UNA PORCIÓN MÁS ESTRECHA, EL CUELLO EN CUYO --  
LADO INTERNO SE ENCUENTRA UNA DEPRESIÓN RUGOSA PARA EL PTE--  
RIGOIDEO EXTERNO. ESTE CÓN--DILLO, ES EL QUE FORMA GRAN PAR--  
TE DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMANDIBULAR AL HACER MOVIMIEN--  
TOS DENTRO DE LA CAVIDAD GLENOIDEA DEL TEMPORAL.

HABLEMOS AHORA DE LOS MÚSCULOS QUE TIENEN GRAN PARTICI--  
PACIÓN TANTO EN LA MASTICACIÓN, COMO EN LA PALPACIÓN DENTRO  
DE LA HISTORIA CLÍNICA, YA QUE INFLUYEN DIRECTA O INDIRECTA  
MENTE EN LA ARTICULACIÓN.

#### MÚSCULOS MASTICADORES.

##### 1.- TEMPORAL:

APLANADO, TRIANGULAR O EN ABANICO, OCUPA LA FOSA TEMPO--  
RAL. SE INSERTA POR ARRIBA. EN LA LÍNEA DE LA CURVA DEL  
TEMPORAL INFERIOR, FOSA TEMPORAL, APONEUROSIS TEMPORAL Y AR--  
CO CIGOMÁTICO. DE AQUI SE DIRIGEN SUS FIBRAS A LA APÓFI--  
SIS CORONOIDES A SU CARA INTERNA, VÉRTICE Y BORDES. INER--  
VADO POR TRES NERVIOS TEMPORALES PROFUNDOS (ANTERIOR, MEDIO  
Y POSTERIOR) Y RAMAS DEL MAXILAR INFERIOR. SU ACCIÓN ES --  
ELEVAR LA MANDÍBULA Y RETRAER EL CÓN--DILLO.

##### 2.- MASETERO:

MÚSCULO CORTO, GRUESO, ADOSADO A LA CARA EXTERNA DEL--  
ÁNGULO DEL MAXILAR INFERIOR. SE INSERTA EL FASCÍCULO SU--  
PERFICIAL DEL BORDE INFERIOR DEL ARCO CIGOMÁTICO AL ÁNGULO--

DE LA MANDÍBULA. EL FASCÍCULO PROFUNDO DEL ARCO CIGOMÁTICO A LA CARA EXTERNA DE LA RAMA ASCENDENTE. INERVADO POR EL MASETARINO, RAMA DEL MAXILAR INFERIOR. SU ACCIÓN, ELEVAR LA MANDÍBULA Y PROTRUIRLA (FASCÍCULO SUPERFICIAL) Y ELEVAR Y RETRUIRLA (FASCÍCULO PROFUNDO).

### 3.- PTERIGOIDEO INTERNO:

SITUADO POR DENTRO DE LA RAMA DEL MAXILAR INFERIOR. INSERTADO POR ARRIBA EN LA FOSA PTERIGOIDEA. DE AQUÍ A LA CARA INTERNA DEL ÁNGULO DE LA MANDÍBULA, FRENTE A LAS INSERCIONES DEL MASETERO. SE INERVA POR RAMA DEL MAXILAR INFERIOR Y ACTÚA ELEVANDO ÉSTE.

### 4.- PTERIGOIDEO EXTERNO:

CONO, CUYA BASE CORRESPONDE AL CRÁNEO Y EL VÉRTICE AL CÓNDILO. OCUPA LA FOSA CIGOMÁTICA. EMPIEZA POR DOS FASCÍCULOS QUE PARTE DEL ALA MAYOR DEL ESFENOIDES QUE FORMA LA FOSA CIGOMÁTICA, SIENDO ÉSTE EL SUPERFICIAL Y EL PROFUNDO - SE INSERTA EN LA CARA EXTERNA DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES. DE AQUÍ SE DIRIGEN HACIA EL CÓNDILO EN SU CUELLO Y EN EL MENISCO ARTICULAR. PROCEDE EL TEMPORO BUCAL, RAMA DEL MAXILAR INFERIOR. ACTÚA SIMULTÁNEAMENTE CONTRAYÉNDOSE PARA -- PROYECTAR LA MANDÍBULA HACIA ADELANTE Y LA CONTRACCIÓN AISLADA DE CADA UNO DA MOVIMIENTOS DE LATERIDAD.

### MÚSCULOS DEL CUELLO.

#### CUTÁNEO DEL CUELLO:

ANCHO DELGADO, SITUADO EN LA PARTE LATERAL DEL CUELLO-

SON PAR Y SUPERFICIALES. SE INSERTA ABAJO EN LA REGIÓN -- SUBCLAVICULAR Y ARRIBA EN EL BORDE INFERIOR DE LA MANDÍBULA SE INERVA POR RAMA CERVICOFACIAL DEL FACIAL Y ACTÚA ATRAYENDO HACIA ABAJO LA PIEL DEL MENTÓN Y EL LABIO INFERIOR.

ESTERNOCLEIDOMASTOIDEO:

GRUESO, LATERAL Y SUPERFICIAL. SE INSERTA POR ABAJO-EN EL ESTERNÓN Y CLAVÍCULA Y DE AQUÍ A LA APÓFISIS MASTOIDES LO INERVA EL ESPINAL Y PLEXOCERVICAL Y ACTÚA DOBLANDO LA CABEZA SOBRE LA COLUMNA VERTEBRAL, HACIA SÍ Y DE LATERALIDAD.

DE LA REGIÓN DEL HUESO HIOIDES:

NOS INTERESAN LOS SUPRAHIOIDEOS:

DIAGÁSTRICO:

FORMA UN ARCO LARGO DE CONCAVIDAD HACIA ARRIBA. INSERTÁNDOSE SUS DOS VIENTRES AL POSTERIOR DE LA APÓFISIS MASTOIDEA A LA PARTE SUPERIOR DEL HIOIDES, EL ANTERIOR, FORMA UN CUERPO MUSCULAR QUE VA A LA FOSETA DIGÁSTRICA. LA INERVA AL POSTERIOR EL FACIAL Y EL GLOsofaríngeo Y AL ANTERIOR POR EL MAXILAR INFERIOR (MILOHIOIDEO). ACTÚAN FIJANDO EL HIOIDES Y ELEVANDO O BAJANDO A LA MANDÍBULA.

ESTILOHIOIDEO:

DELGADO, PROLONGADO Y FUSIFORME. SE INSERTA EN LA PARTE EXTERNA DE LA APÓFISIS ESTILOIDES, POR ARRIBA Y, POR-

ABAJO EN LA CARA ANTERIOR DEL CUERPO DEL HIOIDES. INERVADO POR EL MAXILAR INFERIOR Y ACTÚA ELEVANDO EL HIOIDES Y LA LENGUA.

GENIOHIDEO:

CILINDROIDE COLOCADO POR ENCIMA DEL ANTERIOR. INSER TÁNDOSE EN APÓFISIS GENI-INFERIORES Y EN LA CARA ANTERIOR-DEL HIOIDES. INERVANDO POR EL HIPOGLOSO Y ES DEPRESOR DE LA MANDÍBULA, FIJÁNDOSE AL HIOIDES Y ELEVADOR DEL HIOIDES-SI SE FIJA EL MAXILAR INFERIOR.

REGIÓN POSTERIOR DEL CUELLO.

TRAPECIO:

ANCHO, SUPERFICIAL, COMPRENDIDO ENTRE EL OCCIPITAL Y-PARTE INFERIOR DE LA COLUMNA DORSAL. SE INSERTA INTERIOR-MENTE DE LA CURVA DEL OCCIPITAL, A LAS APÓFISIS ESPINOSA--DE LA SÉPTIMA VÉRTEBRA CERVICAL Y DE LAS DIEZ U ONCE PRIME-RAS VÉRTEBRAS DORSALES, Y EXTERNAMENTE DE LA CLAVÍCULA Y -EL ACROMION A LA ESPINA DEL OMÓPLATO. SE INERVA POR EL -ESPINAL Y PLEXO CERVICAL PROFUNDO. ACTÚA TOMANDO COMO --PUNTO FIJO:

LA COLUMNA VERTEBRAL, ELEVA AL MUÑÓN DEL HOMBRO, APROXIMANDO EL OMÓPLATO A LA MISMA.

EL OMÓPLATO, COMUNICA MOVIMIENTO DE INCLINACIÓN, EX-TENSION Y ROTACIÓN.

HABLEMOS AHORA SOBRE LA ANATOMÍA Y ALGUNOS DE LOS MOVIMIENTOS, PUESTO QUE LA DINÁMICA MANDIBULAR LA MENCIONAREMOS MÁS ADELANTE.

CÁPSULA ARTICULAR:

POSEE FORMA DE MANGUITO, CUYA EXTREMIDAD SUPERIOR SE INSERTA POR DELANTE, EN LA RAÍZ TRANSVERSA DE LA APÓFISIS-CIGOMÁTICA, POR DETRÁS DEL LABIO ANTERIOR DE LA CISURA DE-GLASER, POR FUERA EN EL TUBÉRCULO CIGOMÁTICO Y POR DENTRO-EN LA BASE DE LA ESPINA DEL ESFENOIDES. LA EXTREMIDAD INFERIOR SE INSERTA EN EL CUELLO DEL CÓNDILO, SU SUPERFICIE-INTERNA, TAPIZADA POR LA SINOVIAL, SIRVE DE INSERCIÓN AL REBORDE DEL MENISCO, QUEDANDO ASÍ DIVIDIDA LA CAVIDAD ARTICULAR EN UNA PORCIÓN SUPREMENISCAL Y OTRA INFRAMENISCAL.

LIGAMENTO LATERAL EXTERNO:

SE INSERTA POR ARRIBA EN EL TUBÉRCULO CIGOMÁTICO Y EN LA PORCIÓN CONTIGUA A LA RAÍZ LONGITUDINAL DESDE DONDE DESCENDE PARA TERMINAR INSERTÁNDOSE EN LA PARTE POSTEROEXTERNA DEL CUELLO DEL CÓNDILO.

LIGAMENTO LATERAL INTERNO:

ESTA TIENE SU PUNTO DE INSERCIÓN POR FUERA DE LA BASE DE LA ESPINA DEL ESFENOIDES; DESPUÉS DESCENDE A INSERTARSE EN LA PORCIÓN POSTERIOINTERNA DEL CUELLO DEL CÓNDILO.

LIGAMENTOS AUXILIARES:

ESFENOMAXILAR:

SE INSERTA POR ARRIBA EN LA PORCIÓN EXTERNA DE LA ESPINA DEL ESFENOIDES Y PARTE INTERNA DE LA CISURA DE GLASER Y ABAJO AL BORDE POSTERIOR DE LA ESPINA DE SPIX.

ESTILOMAXILAR:

SE INSERTA POR ARRIBA DEL VÉRTICE DE LA APÓFISIS ESTILOIDES, Y POR ABAJO EN EL TERCIO INFERIOR DEL BORDE POSTERIOR DE LA RAMA ASCENDENTE DE LA MANDÍBULA.

PTERIGOMAXILAR:

PUENTE APONEURÓTICO QUE SE EXTIENDE DESDE EL GANCHO DEL ALA INTERNA DE LA APÓFISIS PTERIGOIDES HASTA EL REBORDE ALVEOLAR DE LA MANDÍBULA EN SU PARTE POSTERIOR, Y DA INSERCIÓN AL BUCCINADOR POR DELANTE Y AL CONSTRICTOR DE LA FARINGE POR DETRÁS.

SINOVIAL:

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS ES DOBLE, TAPIZANDO AMBAS LA CÁPSULA, CORRESPONDIENDO UNA SUPROMENISCAL Y OTRA INFRAMENISCAL.

ESTA MEMBRANA ES RICA EN VASCULARIZACIÓN, YA QUE SU FUNCIÓN ES LUBRICAR Y NUTRIR.

ANATOMÍA CONDÍLEA:

TIENE FORMA DE ALERO, SIENDO LA CRESTA TRANSVERSAL LA - PARTE MÁS ALTA DE ÉSTE, LA SUPERFICIE ANTERIOR APROXIMADAMENTE DE 5mm. DE ANCHO Y LA POSTERIOR DE 12mm. LOS POLOS LATERAL Y MEDIAL, JUSTAMENTE POR DEBAJO DE LA SUPERFICIE ARTICULAR, GENERALMENTE MARCADOS POR TUBÉRCULOS ÓSEOS DISTINGUIDOS PARA INSERTAR LA CÁPSULA Y EL MENISCO.

MOVIMIENTOS MANDIBULARES:

EXISTEN DOS MUY IMPORTANTES EJECUTADOS POR LOS CÓNDILOS ROTACIONES Y TRASLACIONES. LOS PRIMEROS SON PEQUEÑOS, PERO DE GRAN IMPORTANCIA Y SE LLEVA A CABO ALREDEDOR DE LAS LÍNEAS IMAGINARIAS LLAMADAS EJES, DE LAS CUALES HABLAREMOS EN DINÁMICO MANDIBULAR.

## CAPÍTULO II

### OCCLUSIÓN FUNCIONAL Y DINÁMICA MANDIBULAR

#### CONCEPTOS FUNDAMENTALES DE LA OCCLUSIÓN.

LA FORMA EN QUE LAS ARCADAS DENTARIAS ARMONIZAN ENTRE SÍ, TANTO EN ESTÁTICA COMO EN DINÁMICA, REPRESENTA LA OCCLUSIÓN FUNCIONAL DEL INDIVIDUO. LA OCCLUSIÓN DENTARIA, COMO SE DESCRIBIÓ EN LA ARMONÍA OCLUSAL DENTARIA, ES LA QUE POSEE UN INDIVIDUO CON BUEN ESTADO DE SU DENTADURA.

#### ESTÁTICA:

DOS FUERZAS IGUALES Y DE SENTIDO CONTRARIO PRODUCEN EQUILIBRIO AL SER APLICADAS SOBRE UN MISMO CUERPO.

#### DINÁMICA:

A TODA ACCIÓN SE OPONE SIEMPRE UNA REACCIÓN IGUAL Y CONTRARIA.

LA MAYOR PARTE DE LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES SE HAN BASADO EN LA RELACIÓN QUE GUARDAN ENTRE SÍ LOS MAXILARES INFERIOR Y SUPERIOR EN TÉRMINOS DE PROTUSIÓN, RETRUSIÓN, APERTURA Y CIERRE, ASÍ COMO TAMBIÉN EN LOS MOVIMIENTOS DE LATERALIDAD DEL MAXILAR INFERIOR. OTRAS DESCRIPCIONES SE HAN RELACIONADO CON LA FORMA EN QUE LOS DIENTES ENTRAN EN CONTACTO

DURANTE LA MASTICACIÓN DE DIVERSOS TIPOS DE ALIMENTOS Y DURANTE LA DEGLUSIÓN; COMO LOS PATRONES DE ACTIVIDAD MUSCULAR DURANTE LA MASTICACIÓN, Y POSICIONES DEL MAXILAR CON LOS MOVIMIENTOS DE LAS ESTRUCTURAS.

#### OCCLUSIONES FUNCIONALES.

SON LAS QUE SE UTILIZAN HABITUALMENTE EN LA ACTIVIDAD MANDIBULAR. PUDIENDO SER NORMALES O NO COMO LOS VICIOS MASTICATORIOS, BRUXISMO, ETC.

SE DESCRIBE EL AJUSTE OCLUSAL COMO AQUEL QUE PUEDE: ARMONIZAR LAS ARCAS, EVITAR LAS INTERFERENCIAS, CREAR LIBERTAD PARA EL MOVIMIENTO DE BENNET, RELACIONAR BORDES INCISALES, ÁREAS CANINAS Y AÚN ASÍ, LOGRAR OCLUSIÓN CÉNTRICA.

#### PROTECCIÓN MUTUA:

COMO LOS DIENTES CON CUSPIDES EN OCLUSIÓN ADECUADA SOPORTAN FUERZAS MAYORES EN EL CIERRE EN RELACIÓN CÉNTRICA, PROTEGIENDO ASÍ A LOS DIENTES ANTERIORES. SIN EMBARGO, COMO LOS INCISIVOS NO SUELEN ALCANZAR RELACIONES DE BORDE A BORDE SIN QUE SE SEPAREN LOS DIENTES POSTERIORES, SU POSICIÓN VERTICAL RESGUARDA A LOS DIENTES CÚSPIDEOS DURANTE LAS ACCIONES TRITURANTES Y DE CORTE. ADEMÁS, LOS INCISIVOS NO PUEDEN PARTICIPAR EN LAS EXCURSIONES LATERALES A CAUSA DE LOS CANINOS, TAMBIÉN SON PRESERVADOS POR ÉSTOS. AHORA BIEN EL ÁREA CANINA QUEDA PROTEGIDA EN LA POSICIÓN PROTRUSIVA POR LA POSICIÓN DE LOS INCISIVOS, ASÍ PUES, LOS CANINOS ESTÁN RESGUARDADOS POR LOS INCISIVOS Y MOLARES. EN CONSECUENCIA CLARO ESTÁ QUE ÉSTA ES UNA PROTECCIÓN MUTUA TRIPLE. ES POR ESO EL NOMBRE DE PROTECCIÓN MUTUA.

EL PLANO DE OCLUSIÓN EN LA POSICIÓN DE LA CURVA DE SPEE CON RELACIÓN AL TRAYECTO CONDÍLEO MIENTRAS DICHO PLANO SE -- APROXIMA MÁS A SU PARALELO CON ESTE PROYECTO, MENOS ALTAS SERÁN LAS CÚSPIDES. MIENTRAS SE ACERCA MÁS AL PLANO A FORMAR UN ÁNGULO RECTO CON EL TRAYECTO CONDILIO, MÁS ALTURA SE REQUIERE EN LAS CÚSPIDES PARA MANTENER EL CONTACTO.

ESTE PUNTO ES DE GRAN IMPORTANCIA CUYA CLAVE ES LA COMPRENSIÓN, YA QUE EXPLICA POR QUE VEMOS A PERSONAS A QUIENES SE LES FACILITA MASTICAR FÁCILMENTE CUALQUIER CLASE DE ALIMENTOS (FIBROSOS, LIGAMENTOS Y DUROS), SIN EL MENOR ESFUERZO Y OTRAS QUE NECESITAN SELECCIONAR SUS ALIMENTOS.

ES INDISPENSABLE EL EXAMEN PREVIO DEL APARATO MASTICATORIO PARA DIAGNOSTICAR CON ACIERTO CUALQUIER PADECIMIENTO. CABE ACLARAR QUE EN BOCA SANA NO SE HACE UN AJUSTE OCLUSAL-- POR EL SOLO HECHO DE NO COINCIDIR LA OCLUSIÓN CÉNTRICA CON-- LA RELACIÓN CÉNTRICA SI LAS DEMÁS RELACIONES DE BORDE A BORDE SON NORMALES Y EXISTE PROTECCIÓN MUTUA.

SIN EMBARGO, CONSIDERAMOS ADECUADO INTERVENIR EN BOCAS-- APARENTEMENTE SANAS SI LAS RELACIONES DE BORDE A BORDE SON DEFICIENTES, PUES SE SABE CON CERTEZA QUE CON EL TIEMPO, ÉSTAS INTERFERENCIAS ATACARÁN UNO O VARIOS DE LOS COMPONENTES-- DEL APARATO MASTICATORIO.

#### DINÁMICA MANDIBULAR.

##### EJE INTERCONDÍLEO:

LA MANDÍBULA POSEE DOS CÓNDILOS Y EN ELLOS SE EFECTÚAN-- MOVIMIENTOS DE ROTACIÓN Y TRASLACIÓN. ESTE EJE ES COMÚN---

PARA AMBOS CÓNDILOS, MIENTRAS QUE TANTO EL VERTICAL COMO EL SAGITAL CORRESPONDE A CADA UNO DE ELLOS.

EJES VERTICALES:

ESTÁN SITUADOS DE ARRIBA A ABAJO, Y GUÍAN AL MOVIMIENTO LATERAL DE CADA UNO DE ELLOS, CUANDO LES CORRESPONDEN AL LADO DE TRABAJO. EL CÓNDILO DEL LADO CONTRARIO O DE BALANCESE TRASLADA ALREDEDOR DEL LADO DE TRABAJO, EL CÓNDILO SE ABATE HACIA ABAJO CON MOVIMIENTO ROTATORIO SOBRE EL EJE SAGITAL DEL MISMO LADO. LO MISMO QUE EL VERTICAL, UN SOLO EJE GUÍA EN CADA MOVIMIENTO LATERAL DERECHO E IZQUIERDO.

MOVIMIENTOS MANDIBULARE Y SU RELACIÓN CON LOS EJES.

LOS PRINCIPALES MOVIMIENTOS SON APERTURA Y CIERRE DE LA LATERALIDAD DERECHA E IZQUIERDA Y PROTRUSIÓN. ESTOS DESPLAZAMIENTOS DEL MAXILAR INFERIOR SE REPRESENTAN POR MEDIO DE TRAZOS QUE PARTEN DE UN CENTRO Y SE EXTIENDEN A MANERA DE ABANICO, LLAMADO ARCO GÓTICO.

TODO MOVIMIENTO TIENE UN EJE DE ROTACIÓN. EL MAXILAR INFERIOR POSEE DOS CÓNDILOS Y CUANDO EL MOVIMIENTO ES DETERMINADO POR UNO DE ELLOS, UNO ROTARÁ Y EL OTRO SE TRASLADARÁ ALREDEDOR DEL PRIMERO. TAMBIÉN LA MANDÍBULA SE DESPLAZA SIMULTÁNEAMENTE A POSICIÓN DE PROTRUSIÓN O LATERALES Y, LOS EJES O EL EJE DE ROTACIÓN ACOMPAÑAN A ESTE MOVIMIENTO DE TRASLACIÓN.

DESDE EL PUNTO DE VISTA DE LA DENTICIÓN, TODOS ESTOS MOVIMIENTOS TIENEN IMPORTANCIA DENTRO DE LA OCLUSIÓN Y FUNCIÓN.

MASTICATORIA. MÁS AÚN DESDE EL PUNTO DE VISTA PROTÉSICO, TIENE SIGNIFICADO LA FORMA EN QUE ENGRANAN LAS ARCADAS Y COMO ARMONIZAN CON LOS MOVIMIENTOS DE ESTÁTICA Y DINÁMICA FUNCIONALES.

RELACIÓN CÉNTRICA:

REUNE ESTOS REQUISITOS: LOS CÓNDILOS ESTÁN EN SU POSICIÓN MÁS POSTERIOR, ALTA Y MEDIA (CENTRADAS EN LA CAVIDAD--GLENOIDEA), DESDE LA CUAL PUEDE EFECTUARSE UNA APERTURA QUE NO EXCEDA DE 13mm. Y QUE PERMITE EL CIERRE, HACIENDO QUE --LOS CÓNDILOS TENGAN UN MOVIMIENTO DE ROTACIÓN PURA Y, POSICIÓN DESDE LA CUAL, EN RELACIÓN CÉNTRICA, LA PERSONA PUEDA--COMENZAR MOVIMIENTOS DE PROTRUSION Y LATERALIDAD.

a) OCCLUSIÓN CÉNTRICA:

LOS CÓNDILOS ESTÁN EN RELACIÓN CÉNTRICA CLUYEN AL MÁXIMO. ASÍ PUES, DEFINIREMOS A ESTA COMO LA POSICIÓN DE CONTACTO INTERDENTARIO MÁXIMO CUANDO LOS CÓNDILOS ESTÁN EN RELACIÓN CÉNTRICA.

MOVIMIENTOS LATERALES PUROS O DE PROTRUSIÓN.

ES UN DESPLAZAMIENTO DE LOS CÓNDILOS HACIA ADELANTE, -LOS CUALES PUEDEN LOCALIZARSE EN CUALQUIER PARTE, ENTRE LAS DOS LATERALIDADES. EN SÍ, ES IMPOSIBLE IDENTIFICARLA VERDADERAMENTE, PERO NO NOS VAMOS A JUSTIFICAR EL MOVIMIENTO -DE BENNETT.

OCCLUSIÓN CÉNTRICA DENTARIA Y OCCLUSIÓN CÉNTRICA PROTÉSICA.

AL ANALIZARSE HAY DOS FACTORES QUE DIFIEREN ENTRE SÍ, LA DENTICIÓN HUMANA Y LA REHABILITACIÓN ORAL POR PARTE DEL ODONTÓLOGO Y EN SI LA MEJOR OCCLUSIÓN CÉNTRICA CREADA POR EL DENTISTA RESULTA LO MÁS INDICADO, SEGÚN LAS CONDICIONES QUE PRESENTEN TODAS LAS PARTES QUE COMPONEN EL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO.

DEDUCCIONES:

a) NO PUEDE EXISTIR RELACIÓN ANATÓMICA ENTRE LA MANDÍBULA Y EL MAXILAR SUPERIOR SIN LA RELACIÓN CÉNTRICA.

b) LA MANDÍBULA NO PUEDE RELACIONARSE FISIOLÓGICA NI MORFOLÓGICAMENTE CON NINGUNA OTRA ENTIDAD SIN LA RELACIÓN CÉNTRICA.

c) EL CONCEPTO GNATOLÓGICO ACTUAL SOBRE SI ES O NO POSICIÓN FORZADA (LA RELACIÓN CÉNTRICA) ES EN SENTIDO AFIRMATIVO, COMO LO ES PARA TODAS LAS RELACIONES LÍMITROFES DE LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES.

d) SI LA INTERCUSPIDACIÓN NO COINCIDE CON LA RELACIÓN CÉNTRICA, TODAS LAS EXCURSIONES LATERALES SERÁN INCORRECTAS A MÁS QUE LAS ARTICULACIONES SE VERÁN PRIVADAS DE LA LIBERTAD PARA MOVERSE DE ACUERDO CON LA ACCIÓN DE LOS MÚSCULOS "CENTRALIZANTES" (MASETERO, TEMPORAL) DE LA MANDÍBULA.

e) PARA QUE HAYA ARMONÍA Y SE EVITAN LAS COLISIONES Y EL DESGASTE OCLUSAL, LA INTERCUSPIDACIÓN DE LOS DIENTES DEBEN SINCRONIZARSE CON LAS RELACIONES CONDILARES MIENTRAS --

LOS DIENTES ESTÁN DENTRO DE SU RECORRIDO OCLUSAL.

PARA LOGRAR ESTABILIDAD DE LA DENTICIÓN EN CÉNTRICA, -- SE HARÁ MEDIANTE UN ARREGLO CÚSPIDE-FOSA ASEGURANDO ASÍ LA RELACIÓN CÉNTRICA.

#### FACTORES Y LEYES DE LA OCLUSIÓN.

EXISTEN DOS TIPOS DE FACTORES EN CADA PACIENTE Y SON:

- 1) INALTERABLES, FIJOS DE CADA INDIVIDUO.
- 2) MODIFICABLES POR EL OPERADOR.

LOS INALTERABLES NO PUEDEN MODIFICARSE POR EL OPERADOR PERO SI PUEDEN SER EN CONSONANCIA CON LOS FACTORES MODIFICABLES.

SE DESPRENDE DE ESTO, QUE SI HAY FACTORES FIJOS PARA CADA PERSONA, ES NECESARIO CONSULTARLOS PARA PODER REALIZAR UNA PRÓTESIS ADECUADA O UN DIAGNÓSTICO. ES IMPORTANTE QUE SI LOS ODONTÓLOGOS COMPRENDIERAN, CONOCIERAN Y APLICARAN ESOS FACTORES, LA DIVERSIDAD DE FUNCIONES Y OPINIONES SE TERMINARÍAN.

LA REHABILITACIÓN OCLUSAL AFIRMA QUE TODOS LOS DIENTES SE RELACIONAN ENTRE SÍ, DE TAL MANERA QUE COORDINEN CON LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES. ESE TRATAMIENTO REQUIERE UN DIAGNÓSTICO BÁSICO DE LOS PRINCIPIOS BIOMECÁNICOS. UN DIAGNÓSTICO EXACTO REQUIERE EL USO DE UN ARCO FACIAL Y DE UN ARTICULADOR TOTALMENTE AJUSTABLE PARA CADA PERSONA.

LOS FACTORES INALTERABLES, FIJOS SON:

- 1.- ARMONÍA DE LAS ARCADAS.
- 2.- RELACIÓN CÉNTRICA.
- 3.- EJE INTERCONDILAR.
- 4.- CURVATURAS DE LAS TRAYECTORIAS CONDÍLEAS.
- 5.- ÁNGULO DE LA EMINENCIA ARTICULAR.
- 6.- TRANSTRUSIÓN.

LOS FACTORES MODIFICABLES SON:

- 1.- INCLINACIÓN DEL PLANO OCLUSAL.
- 2.- CURVA ANTEROPOSTERIOR.
- 3.- CURVA TRANSVERSA.
- 4.- CARACTERÍSTICAS DE LAS CÚSPIDES.
- 5.- RELACIONES DENTO-LABIALES.
- 6.- SOBREMORDIDAS VERTICAL Y HORIZONTAL.

EN BASE A ESTO, HABLEMOS AHORA DE LA OCLUSIÓN ORGÁNICA ASÍ COMO DE LA OCLUSIÓN PATOLÓGICA, PARA TENER UNA BASE --- PARA DIFERENCIARLAS Y PODER DAR UN BUEN DIAGNÓSTICO Y EL -- TRATAMIENTO ADECUADO.

### CAPÍTULO III

#### OCCLUSIÓN ORGÁNICA

EN UN IDEAL ES ANATOMÍA Y FISIOLOGÍA, EN LOS ÚLTIMOS--  
ANÁLISIS DEBEN APARECER TODOS LOS FACTORES Y LEYES DE OCLU--  
SIÓN, ANTERIORMENTE MENCIONADOS, PARA ALMACENAR TODOS LOS--  
DATOS DERIVADOS DEL PACIENTE PARA DETERMINAR:

- DIRECCIÓN DE LOS SURCOS.
  - DIMENSIÓN DE LAS CÚSPIDES.
  - ORGANIZACIÓN DE LAS DISOCCLUSIONES.
- EL TRÍPODE DE LAS SUPERFICIES OCLUSALES  
DE CONTACTO.

LAS UNIDADES DE LA OCLUSIÓN ORGÁNICA SON LAS CÚSPIDES,  
YA QUE SIN ELLAS NO EXISTE ÉSTA. LAS SUPERFICIES OCLUSA--  
LES DE MOLARES Y PREMOLARES NO TIENEN SIGNIFICADO SIN SUS -  
CÚSPIDES.

LA OCLUSIÓN SE FORMA CÚSPIDE POR CÚSPIDE, DEBEN RELAA--  
CIONARSE CORDIALMENTE CON SUS Oponentes Y CON LOS MOVIMIEN--  
TOS MANDIBULARES.

HAY DOS ENTIDADES QUE FORMAN A LAS CÚSPIDES.

- 1.- ELEVACIONES.
- 2.- DEPRESIONES.

LAS ELEVACIONES SON LOS PUNTOS DE LAS CÚSPIDES Y CRESTAS. HAY VARIAS CLASES DE CRESTAS, SIENDO ESTAS:

- a) CRESTA MARGINAL OCLUSAL.
- b) TRANSVERSA TRIANGULAR.
- c) OBLICUA TRIANGULAR.
- d) SUPLEMENTARIAS.

LAS DEPRESIONES SON DOS: FOSAS Y FISURAS. LAS FOSAS SON REDONDAS O ANGULARES Y LAS FISURAS SON LARGAS Y SE EXTIENDEN ENTRE LA SUPLETORIA (TRIANGULAR).

EN LAS FOSAS Y FISURAS HAY DOS CLASES DE SURCOS, LOS DE DESARROLLO Y LOS SUPLEMENTARIOS. LOS SURCOS SON EN BASE A SUS DIRECCIONES: TRANSVERSO, OBLICUO, DISTAL, MESIAL Y LINGUAL.

PARA RESTAURAR CÚSPIDES EN LOS DIENTES NATURALES USAMOS ESTOS ELEMENTOS DE OCLUSIÓN PARA LLEGAR A LA META QUE ES LA DE DAR A CADA CÚSPIDE SU POSICIÓN APROPIADA, FORMA, TAMAÑO Y SENDEROS CORRESPONDIENTES. PARA PODER USAR ESTOS ELEMENTOS ES IMPORTANTE CONOCER EL SIGNIFICADO MECANICO DE LA CARA OCLUSAL.

ESPECÍFICAMENTE CADA CÚSPIDE TIENE CUATRO CRESTAS PRINCIPALES: DOS MARGINALES OCLUSALES (MESIAL Y DISTAL), UNA ---

TRIANGULAR, UNA CENTRAL, DOS SURCOS DE DESARROLLO Y DOS O --  
MÁS SUPLEMENTARIOS.

CADA CRESTA VA ACOMPAÑADA DE UNO O DOS SURCOS SUPLEMEN-  
TARIOS Y CRESTAS. LAS CRESTAS OCLUSALES MARGINALES DISTAL-  
Y MESIAL SE VEN INTERRUMPIDAS POR PEQUEÑAS CRESTAS QUE SE --  
UNEN A LAS PRIMERAS FORMANDO MINÚSCULOS ÁNGULOS. EN UNA MO-  
LAR INFERIOR INTACTA SE PUEDEN OBSERVAR MAS DE VEINTICUATRO-  
CRESTAS. CADA CRESTA TIENE UN PROPOSITO Y PUEDE USARSE EN  
ALGÚN MOMENTO DETERMINADO.

LAS NORMAS QUE DETERMINAN LAS DIRECCIONES DE LAS CRES--  
TAS Y DE LOS SURCOS SON LAS SIGUIENTES:

- 1.- POSICIÓN CRANEAL DE LOS DIENTES.
- 2.- TRANSTRUCCIÓN.
- 3.- LA DIRECCIÓN EN QUE SE GIRA EL CÓNDI-  
LO DE TRABAJO (LATEROTRUSIÓN) EN EL-  
PLANO HORIZONTAL.

YA QUE SABEMOS QUE LAS CÚSPIDES SON IMPORTANTES Y QUE--  
SU ANATOMÍA ES CARACTERÍSTICA, AHORA DEBEMOS DE SABER SU RE-  
LACION CON LOS DEMÁS DIENTES (ANTAGONISMO). EL CONTACTO DE  
CADA CÚSPIDE ES CON UNA FOSA, ESTE CONTACTO DEBERÁ SER COMO-  
UN TRÍPODE. ES DECIR, QUE CADA CÚSPIDE HARÁ CONTACTO EN --  
TRES PUNTOS DE LA FOSA. ESTOS CONTACTOS SE HACEN CON LOS--  
MOVIMIENTOS EXCÉNTRICOS DE LAS CÚSPIDES PARA PERMITIR QUE ÉS  
TAS VIAJEN DESDE CENTRICA HACIA "TRABAJO" O HACIA "BALANCE"  
A LO LARGO DE LOS SENDEROS DE LOS SURCOS, EVITANDO ÉSTOS LA-  
FRICCIÓN O EL CHOQUE. CONSULTANDO LOS MOVIMIENTOS MANDIBU-  
LARES PODREMOS DETERMINAR:

- a) LA DIRECCIÓN DE LAS CRESTAS Y DE LOS SURCOS DE LAS CARAS OCLUSALES.
- b) LA ALTURA DE LAS CÚSPIDES Y PROFUNDIDAD DE FOSAS.
- c) DETERMINAR LA CONCAVIDAD DE LOS DIENTES ANTERIORES Y SUPERIORES.

CARACTERÍSTICAS DE LA OCLUSIÓN ORGÁNICA:

LA CÚSPIDES PALATINAS DEBEN HACER CONTACTO EN FOSAS -- DISTALES DE DIENTES INFERIORES. LAS CÚSPIDES VESTIBULARES-- INFERIORES DEBEN HACER CONTACTO EN FOSAS MESIALES SUPERIORES O EN SUS CRESTAS TRIANGULARES.

LA CÚSPIDE QUE OCLUYE SOBRE UNA FOSA, SE DENOMINA CÚSPI DE "ESTAMPADORA". LAS CÚSPIDES LINGUALES INFERIORES Y LAS-- CÚSPIDES VESTIBULARES SUPERIORES SON CÚSPIDES "CORTADORAS".

LA OCLUSIÓN CÉNTRICA EN OCLUSIÓN ORGÁNICA LLENA TRES REQUISITOS:

- I.- LOS DIENTES DEBEN DE CERRAR AL MISMO TIEMPO -- CON EL EJE INTERCONDILAR EN SU POSICIÓN MÁS -- POSTERIOR.
- II.- EN OCLUSIÓN CÉNTRICA, CUALQUIER MOVIMIENTO HACIA ADELANTE O HACIA UN LADO REQUIERE DE UNA-- DESOCLUSIÓN INMEDIATA.
- III.- EN LA OCLUSIÓN HACIA OCLUSIÓN CÉNTRICA, LOS -- DIENTES NO DEBEN TOCARSE EN NINGUNA PARTE Y A-- NINGÚN TIEMPO. ES DECIR, LAS CÚSPIDES NO DE-- BEN CERRAR LA MANDÍBULA NI GUIARLA HACIA OTRA-- PARTE.

LA POSICIÓN QUE ADQUIEREN LOS DIENTES EN LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES SON:

EN OCLUSIÓN CÉNTRICA.- TODOS LOS DIENTES HACEN MÁXIMO CONTACTO.

EN PROTRUSIÓN.- LOS CANINOS SUPERIORES TOCAN A LOS PREMOLARES INFERIORES.

EN LATEROPROTRUSIÓN.- LOS INCISIVOS SUPERIORES TOCAN A LOS INCISIVOS INFERIORES.

EN LATERALIDAD.- SOLO LOS CANINOS HACEN CONTACTO.

HACIENDO ESTO, A LOS DIENTES, GRUPOS ESPECIALIZADOS EN LA MASTICACIÓN. EN UNA REHABILITACIÓN OCLUSAL ES INDISPENSABLE CONOCER BIEN TODO LO REFERENTE A UNA OCLUSIÓN ORGÁNICA PARA PODER OFRECER UN BUEN DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DE LAS QUE HABLAREMOS A CONTINUACIÓN:

OCCLUSIÓN PATOLÓGICA:

SISTEMA GNÁTICO, LO CONSTITUYEN CUATRO ELEMENTOS INTERDEPENDIENTES:

- 1) DIENTES.
- 2) PERIODONTO.
- 3) ARTICULACIONES TEMPOROMAXILARES.
- 4) SISTEMA NEUROMUSCULAR.

POR LO TANTO, ES FÁCIL COMPRENDER QUE CUANDO UNO O MÁS DE ÉSTOS ES ALTERADO, AFECTARÁ A LOS DEMÁS EN CIERTO GRADO,-

DANDO ASÍ UNA OCLUSIÓN PATOLÓGICA.

LA RELACIÓN CÉNTRICA Y LA OCLUSIÓN CÉNTRICA, SON INDISPENSABLES EN UNA OCLUSIÓN ORGÁNICA, POR LO TANTO UNA FALTA-- DE ARMONÍA NOS CONDUCE A UNA PATOLOGÍA; PERO AÚN ASÍ, ALGUNOS FACTORES SON PREDISPONENTES A UNA PATOLOGÍA, AUNQUE LA-- OCLUSIÓN CÉNTRICA Y LA RELACIÓN CÉNTRICA ARMONICEN. ESTOS, QUE LA IMPORTANCIA DE LAS CÚSPIDES Y SU ACCIÓN TRÍPODE, ESTÉN ALTERADAS ASÍ LA CÚSPIDE OCLUYE ENTRE LAS CRESTAS MARGINALES, CAUSANDO UN EMPAQUETAMIENTO ALIMENTICIO.

LA CAUSA PRIMORDIAL DE LA DESARMONÍA ENTRE RELACIÓN CÉNTRICA Y OCLUSAL ES LA INTERFERENCIA OCLUSAL. LA CAUSA DE INTERFERENCIA OCLUSAL SE DIVIDE EN DOS CATEGORÍAS:

CAUSAS DIRECTAS:

TODO INDIVIDUO TIENE UNA RAZÓN IMPORTANTE EN EL PATRÓN-- DE CRECIMIENTO, POR SU CONSTITUCIÓN GENÉTICA; HAY TANTAS COMBINACIONES QUE LOS TAMAÑOS DE LA MANDÍBULA Y LOS MAXILARES-- PUEDEN NO COINCIDIR. EN TALES CASOS, AUNQUE LA PIEZA DENTARIA ES NORMAL, PERO NO LA OCLUSIÓN. ASÍ TAMBIÉN HAY OTRAS-- COMO ALTERACIONES DENTALES TALES COMO SON LOS DE TIPO HEREDITARIO CON SECUELAS EN:

- EXTRUSIÓN POR NO ANTAGONISMO.
- ROTACIONES POR FALTA DE ADYACENTES.
- INCLINACIÓN DE DIENTES VECINOS.

LAS CARIES CAUSAN SECUELAS SEMEJANTES A LAS ANTERIORES. UNA MALA RESTAURACIÓN INDIVIDUAL, EN ANATOMÍA Y TAMAÑO (ALTURA), CAUSANDO INTERFERENCIAS OCLUSALES.

LA REHABILITACIÓN OCLUSAL MAL INSTRUMENTADA, CAUSA DESPLAZAMIENTOS CONDILARES.

LA ORTODONCIA, QUE BUSCA ESTÉTICA Y NO FUNCIONALIDAD -- OCLUSAL, AUNQUE ES MÍNIMA NOS DA SÍNTOMAS EN LAS ARTICULACIONES.

LOS DIENTES SUPERNUMERARIOS, LOS CONGÉNITAMENTE AUSENTES, LAS EXTRACCIONES PREMATURAS, EL RETRASO EN LA CAÍDA, LA ERUPCIÓN TARDÍA Y LA DE LOS TERCEROS MOLARES.

CAUSAS INDIRECTAS:

ESTAS SON DE CATEGORÍA PERIODÓNTICA PERIAPICAL, PRODUCIENDO MOVILIDAD DENTARIA. LOS HABITOS, COMO EL MORDER --- PIPA, APRETAR DIENTES, RECHINAR DIENTES (BRUXISMO) Y MORDERSE LOS LABIOS.

TUMORES QUISTES, TRAUMATISMOS, MALFORMACIONES CONGÉNITAS, ENFERMEDADES DE LA ARTICULACIÓN, FRACTURAS REDUCIDAS O NO REDUCIDAS, CONDILECTOMÍAS, RESECCIONES MANDIBULARES, ETC. PRODUCEN CAMBIOS EN LA OCLUSIÓN.

LAS PARÁLISIS DE LOS NERVIOS MOTORES AFECTAN LA FUNCIÓN

EL TRATAMIENTO PARA LAS INDIRECTAS ES PRIMERO COMBATIR LA CAUSA INDIRECTA Y LUEGO UN TRATAMIENTO PALIATIVO COMO EL AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELECTIVO.

CLASIFICACIÓN DE POSICIONES PATOLÓGICAS MANDIBULARES.

CLASE I.- RELACIÓN PROTRUSIVA:

- a) INTERFERENCIA OCLUSAL UNILATERAL.
- b) DESVIACIÓN MANDIBULAR.
- c) CONTACTO INDEBIDO DE LAS CÚSPIDES.
- d) TRAUMATISMO DE ANTERIORES SUPERIORES E INFERIORES--  
DEL LADO OPUESTO A LA INTERFERENCIA.
- e) DESVIACIÓN DE 1 a 3mm.
- f) GENERALMENTE ENTRE LAS DOS PREMOLARES.
- g) SE PUEDE CONFUNDIR CON:  
CLASE III DE ANGLE, SI NO SE HACE UN EXÁMEN TENIEN-  
DO EN CUENTA LA RELACIÓN CÉNTRICA COMO PUNTO DE PAR-  
TIDA PARA ÉL.

CLASE II.- RELACIÓN RETRUSIVA:

- a) INTERFERENCIA OCLUSAL UNILATERAL.
- b) A CAUSA DE CRESTAS MARGINALES DE TERCEROS MOLARES -  
INFERIORES, INTERFIEREN DISTANTEMENTE CON LAS CRES-  
TAS DE SEGUNDOS MOLARES SUPERIORES, DESVIANDO LA --  
MANDÍBULA HACIA DISTAL Y, LOS CÓNDILOS EN POSICIÓN--  
FORZADA.
- c) SENSACIÓN INCÓMODA DIFÍCIL DE EXPLICAR.
- d) CHASQUIDOS ARTICULARES.

CLASE III.- RELACIÓN VERTICAL AUMENTADA:

- a) OCASIONADA POR RESTAURACIÓN SUPRAOCLUSAL.

- b) CONTACTO OCLUSAL BILATERAL DE SEGUNDOS A TERCEROS--  
MOLARES SOLAMENTE.
- c) MENOR NÚMERO DE DIENTES FUNCIONAN EN LA MASTICACIÓN
- d) TAMBIÉN ES CAUSA, PUENTES FIJOS, PLACAS PARCIALES,-  
O DENTADURAS TOTALES, QUE ALTERAN LA DISTANCIA IN-  
TEROCLUSAL.

CLASE IV.- RELACIONES LATERO-PROTUSIVAS POR OCLUSIÓN CRUZA-  
DA:

- a) DESVIACIÓN MANDIBULAR HACIA DERECHA O IZQUIERDA ---  
CUANDO EL PACIENTE CIERRE EN OCLUSIÓN CÉNTRICA.
- b) OCLUSIÓN CRUZADA EN UNO O MÁS PARES DE DIENTES, YA-  
SEA EN REGIÓN CANINA, PREMOLAR O MOLAR.
- c) LAS CÚSPIDES VESTIBULARES ANTAGÓNICAS CHOCAN AL IR-  
A CERRAR DESVIANDO LA MANDÍBULA Y, UNA OCLUSIÓN TO-  
TAL.
- d) ESFUERZO MUSCULAR CONTINUADO.
- e) ESTADO DE ALERTA EN APARATO NEUROMUSCULAR.

CLASE V.- RELACIÓN VERTICAL DISMINUIDA:

- a) CAUSADA POR PÉRDIDA Y FALTA DE DIENTES POSTERIORES,  
POR DESGASTE OCLUSAL EXCESIVO O POR ERUPCIÓN PAR---  
CIAL PERMANENTE.
- b) ES UNI O BILATERAL.
- c) LOS CÓNDILOS NO GUARDAN UNA POSICIÓN ADECUADA.
- d) LAS TRAYECTORIAS MANDIBULARES NO SIGUEN UN TRAYECTO  
DEFINIDO Y SERÁN ANÁRQUICAS.

- e) LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES EN EL LADO DE BALANCE= ALTERAN A LAS DE TRABAJO, IMPIDIENDO EL CORTE Y TRI TURACIÓN ADECUADOS.

HABLEMOS DE MANIFESTACIONES DE LA OCLUSIÓN PATOLÓGICA YA QUE EL BRUXISMO ES CAUSANTE DE ALGUNAS DE ELLAS, SOBRE - TODO A NIVEL ARTICULAR Y MUSCULAR.

EN LAS ARTICULACIONES TEMPOROMAXILARES:

- 1) SUS AFECCIONES SE NOMBRAN COMO ARTROSIS.
- 2) LA ARTROSIS, ES UNA AFECCIÓN DEGENERATIVA, ATRÓFICA Y NO INFECCIOSA DE LOS TEJIDOS ARTICULARES, POR --- TRAUMA INTRÍNSECO QUE OCASIONA CAMBIOS ANORMALES.
- 3) SÍNTOMAS: CRUJIDO TEMPOROMANDIBULAR, CHASQUIDO ARTI CULAR, SIENDO ÉSTE EL MÁS FRECUENTE.
- 4) ES UNILATERAL, AUNQUE RARAS VECES ES BILATERAL.
- 5) LA ETIOLOGÍA ES SISTÉMICA, LA MOLESTIA AUMENTA AL-- DESCANSO Y DISMINUYE A LA MASTICACIÓN.
- 6) EL CHASQUIDO SE MANIFIESTA DEL LADO OPUESTO (LADO - DE TENSIÓN).

EN EL APARATO NEUROMUSCULAR:

- 1) SON LOS MOVIMIENTOS EXCESIVOS O LIMITADOS DE LA MAN DÍBULA, ACOMPAÑADOS DE:
    - a) CREPITACIÓN.
    - b) ESPASMOS MUSCULARES DE REPETICIÓN (MIOCLONO) Y - DE SOSTENIDOS (MIOTONO).
- EL ESPASMO SE ACENTÚA, CUANDO HAY INTERFERENCIAS --

OCUSALES, FALTA DE ARMONÍA OCLUSAL, FATIGA, ARTERIOESCLEROSIS DE LOS VASOS MUSCULARES Y POR EL AUMENTO DE TENSIÓN EN UN CONTACTO OCLUSAL COMO EL BRUXISMO.

EL DOLOR REFERIDO O DE ESPASMO SON:

- a) DEL TEMPORAL A LA SIEN O REGIÓN DEL OÍDO.
- b) DEL MASETERO AL CORRILLO.
- c) DEL PTERIGOIDEO INTERNO A LA GARGANTA.
- d) DE LOS DIGÁSTRICOS Y GENIOHIODEOS A LA LENGUA.

EL DOLOR ES UNILATERAL.

## CAPÍTULO IV

### TRATAMIENTO DE REPOSICIÓN

#### NEUROMUSCULAR Y ARTICULAR:

- a) FÁRMACOS.
- b) EJERCICIOS MUSCULARES, SIEMPRE Y CUANDO--  
NO HAYA DOLOR.
- c) RELAJANTES MUSCULARES COMO COADYUVANTES.
- d) APLICACIÓN DE CALOR HÚMEDO.
- e) MEDIOS MECÁNICOS COMO EL GUARDA OCLUSAL.

#### DE LA DENTICIÓN:

DESPUÉS DEL ALIVIO ARTICULAR Y MUSCULAR SE PROCEDE A LA TERAPIA DENTAL. EN TÉRMINOS GENERALES LAS CINCO CLASES ANTERIORES DE OCLUSIÓN PATOLÓGICA SE TRATA, POR ALGUNO DE LOS SIGUIENTES MÉTODOS O POR COMBINACIÓN DE ELLOS:

- 1) AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELECTIVO----  
(POLIATIVO).
- 2) REHABILITACIÓN ORAL POR PRÓTESIS (DEFINITIVO).
- 3) REHABILITACIÓN ORAL POR ORTODONCIA (DEFINITIVO) Y SE COMPLEMENTA CON AJUSTE OCLUSAL.

VEAMOS QUE EN NUESTRO CASO DE BRUXISMO NOS INTERESAN MUCHO:

- a) GUARDAS OCLUSALES.
- b) AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELECTIVO.
- c) REHABILITACIÓN POR PRÓTESIS.

GUARDAS OCLUSALES:

LA REPOSICIÓN MANDIBULAR SERÁ COMÚN A TODOS LOS TRATAMIENTOS Y EN TODAS LAS CLASES Y SE EFECTÚA POR MEDIO DE LOS APARATOS REMOVIBLES DE RESINA ACRÍLICA DENOMINADOS GENÉRICAMENTE CON EL NOMBRE DE "GUARDAS OCLUSALES".

LAS GUARDAS OCLUSALES SON APARATOS ORTOPÉDICOS QUE PUEDEN CLASIFICARSE COMO "REVERSIBLES", ES DECIR, QUE SI EN UN MOMENTO DADO EL ALIVIO A LA CURACIÓN SE PRESENTA EN UN TÉRMINO RAZONABLE DE DÍAS, O SI EL APARATO AUMENTA LAS MOLESTIAS DISFUNCIONALES, ESTE PUEDE SER DESCARTADO POR EL ODONTÓLOGO SIN DAÑO INMEDIATO O POSTERIOR A LOS ELEMENTOS CONSTITUYENTES DEL SISTEMA GNÁTICO.

ESTE APARATO REPOSICIONADOR O REPROGRAMADOR NEURONMUSCULAR DE LA MANDÍBULA TIENE LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS: FÍSICAMENTE, AL PRINCIPAL OBJETIVO DEL GRUPO ES EL DE INTERCEPTAR LA INTERFERENCIA OCLUSAL QUE PROVOCA DIRECTA O INDIRECTAMENTE EL DESENCADENAMIENTO DE LA DISFUNCIÓN TEMPOROMANDIBULAR EN DIVERSAS MANIFESTACIONES CLÍNICAS.

PSICOLÓGICAMENTE, LA PRESENCIA DE UNA PLACA ACRÍLICA-- ENTRE LAS ARCADAS DENTARIAS ACTÚA REMEMORANDO AL PACIENTE-- QUE NO DEBE APROXIMAR SUS PIEZAS DENTARIAS PARA MOVIMIENTOS

O CONTACTOS FUERA DE TODA ACTIVIDAD FUNCIONAL COMO LA MASTI-  
CACIÓN, LA DEGLUSIÓN, ETC.

LOS FACTORES IATROGÉNICOS OBRAN DE MANERA QUE ROMPEN--  
EL EQUILIBRIO TEMPOROMANDIBULAR CUANDO EL OPERADOR GENERA -  
SECUENCIAS DOLOROSAS Y LIMITANTES AL CAMBIAR RÁPIDAMENTE LA  
OCCLUSIÓN, POR EJEMPLO, DESPUÉS DE REALIZARSE ODONTOLOGÍA --  
POR CUADRANTES Y CON PRÓTESIS FIJA O REMOVIBLE.

EL GUARDA OCLUSAL DEVUELVE A LÍMITES FISIOLÓGICOS, EL-  
FUNCIONAMIENTO DE LAS ARTICULACIONES, ASÍ COMO LA RESTAURA-  
CIÓN NEUROMUSCULAR. ESTE DESARREGLO NEUROMUSCULAR PROVOCÓ  
CAMBIOS EN LOS MÚSCULOS DE LA CABEZA Y DEL CUELLO Y PRECIPITÓ  
MUCHOS DE LOS SÍNTOMAS ASOCIADOS A UNA DISFUNCIÓN TEMPO-  
RO-MANDIBULAR.

EL GUARDA OCLUSAL ES EL QUE ROMPERÁ ESTOS SÍNTOMAS.  
LA INTERRELACIÓN ENTRE ESPASMO MUSCULAR, DISFUNCIÓN Y DOLOR  
PUEDEN ENTENDERSE MEJOR CONOCIENDO LA FISIOLOGÍA DEL MÚSCU-  
LO ESQUELÉTICO.

LAS GUARDAS OCLUSALES TIENEN 3 OBJETIVOS PRINCIPALES:

- I.- DETERMINAR UN DIAGNÓSTICO DIFERENCIAL ENTRE UNA DO-  
LENCIA DISFUNCIONAL TEMPORO-MANDIBULAR Y UNA ENFER-  
MEDAD PROPIA DE LA ARTICULACIÓN O UNA MIMÉTICA.
- II.- CONTROLAR EL MIO-ESPASMO DISFUNCIONAL.
- III.- INTERCEPTAR LAS PARAFUNCIONES (APRETAMIENTO Y/O---  
BRUXISMO).

OCURRIR ESTO, LOS MÚSCULOS SE RELAJAN, DISMINUYENDO ASÍ LOS SÍNTOMAS. EL TIEMPO EN QUE OCURRE ESTO VARÍA DE PERSONA A PERSONA Y NO HAY TIEMPO LÍMITE EXACTO. ES RECOMENDABLE, EN TODOS LOS CASOS, USAR EL GUARDA 23 HORAS Y MEDIA DÍAS, NO DEBE RESTRINGIRSE SU USO A SOLAMENTE DE NOCHE; DEBERÁ REMOVERSE SOLO AL COMER Y PARA SU HIGIENE. EL USO MÍNIMO DE USO DIARIO ES IMPORTANTE, Y NO DEBE DE SER UN MÍNIMO - DE CINCO HORAS, PARA IMPEDIR LA MOVILIZACIÓN DENTARIA, PARA EVITAR ASÍ EL DESAJUSTE DEL APARATO.

ESTOS APARATOS DEBEN CONSTRUIRSE SÓLO PARA EL MAXILAR-- SUPERIOR. SI FALTAN PIEZAS POSTERIORES, INFERIORES, SE DEBERÁ CONSTRUIR UNA PRÓTESIS PROVISIONAL.

LAS GUARDAS OCLUSALES SUPERIORES PUEDEN USARSE INDISTINTAMENTE SOBRE DIENTES NATURALES O SOBRE PRÓTESIS, DEBEN SER DE PLÁSTICO RÍGIDO, DE POCO GROSOR Y TRANSPARENTES.

LA SUPERFICIE OCLUSAL DEBE SER DELGADA, PERO NO DÉBIL Y PUEDE TENER PERFORACIONES PARA QUE SALGAN ALGUNAS CÚSPIDES-- QUE NO DEBERÁN ANTAGONIZAR Y SIRVEN DE RETENCIÓN ADICIONAL.

EL GUARDA DEBE ABARCAR TODAS LAS PIEZAS SUPERIORES Y -- PERMITIR EL APOYO OCLUSAL POSTERIOR DE LAS CÚSPIDES ESTAMPADORAS INFERIORES Y LA INCISIÓN DE LOS INFERIORES ANTERIORES-- COMO APOYO OCLUSAL ANTERIOR. Y ASÍ EVITAR LA EXTRUSIÓN DE LOS NO INCLUIDOS.

EL GUARDA NO DEBE OCUPAR EL LUGAR DE LA LENGUA Y ESTAR BIEN PULIDO PARA EVITAR LESIONES EN ELLA. LA EXTENSIÓN PA-

LÁTINA DEBE DE LLEVAR LA FORMA Y TAMAÑO DEL PALADAR.

EL CONTORNO PALATINO DEBE CONTORNEAR DE MANERA TAL QUE-  
LOS BORDES INCISALES DE LOS ANTERIORES OCLUYAN EN ÁNGULOS --  
RECTOS DE SUS EJES MAYORES.

LA EXTENSIÓN VESTIBULAR DEBE CUBRIR UN TERCIO DE LAS CO-  
RONAS ANATÓMICAS DE LAS PIEZAS SUPERIORES. DEBE ONDULAR --  
CONTINUAMENTE A LOS CONTORNOS LABIALES DE LAS PIEZAS Y DEBE-  
DISEÑARSE EL BORDE LIBRE PARA ELIMINAR RUGOSIDADES.

ERROS MUY COMUNES, DEBEN EVITARSE:

- 1.- INVADIR EL ESPACIO DE LA LENGUA.
- 2.- OBLITERAR LA DISTANCIA INTEROCCLUSAL.
- 3.- DEJAR HUELLAS OCLUSALES MUY MARCADAS QUE ANCLEN  
LA MANDÍBULA.
- 4.- TERMINAR FUERA DE RELACIÓN CÉNTRICA.
- 5.- NO ELABORAR LA DISOLUCIÓN ANTERIOR.
- 6.- HACER DISOLUCIONES ANTERIORES MUY BRUSCAS.
- 7.- USAR MATERIAL BLANDO.
- 8.- CONSTRUIR SOBRE UN PLANO OCLUSAL IRREGULAR.
- 9.- GUARDA DEMASIADO DELGADO.
- 10.- FALTA DE INSTRUCCIÓN SOBRE HIGIENE Y USO DEL--  
GUARDA AL PACIENTE.

ATRIBUTOS DEL GUARDA:

- 1.- PROTEGER TEMPORAL DE UNA REHABILITACIÓN OCLU--  
SAL RECIENTEMENTE TERMINADA, PARA PREVENIR LA-  
INICIACIÓN DE UN BRUXISMO, ESPECIALMENTE EN --  
PORCELANA, QUE PUDIESE ALTERAR LAS CARAS OCLU-  
SALES.

- 2.- PROTECTOR DE DIENTES MOVILES Y/O INVOLUCRADOS-PARODONTALMENTE POR BRUXISMO.
- 3.- FACILITA LA TOMA DE IMPRESIONES INTEROCLSUALES EN CÉNTRICA Y HACE REGISTROS PANTOGRÁFICOS COM FIABLES.
- 4.- COMO AUXILIAR EN EL TRATAMIENTO DE TEJIDOS LI-GAMENTOSOS DISTENDIDOS POR TRAUMA MANDIBULAR.
- 5.- COMO APARATO RETENEDOR POS-ORTODÓNTICO.
- 6.- EVITAR UN COLAPSO DE LA ARCADA CUANDO LOS DIEN- TES FALTANTES NO PUEDAN RESTAURARSE TAN PRONTO COMO FUERA POSIBLE, ESPECIALMENTE EN BRUXISTAS
- 7.- COMO FÉRULA PARODONTAL CUANDO OTROS MÉTODOS NO PUEDEN UTILIZARSE.
- 8.- COMO PROTECTOR DE:
  - a) POSIBLES FRACTURAS DE CONECTORES ANTERIORES
  - b) RAÍCES ANTERIORES CON POSTES.
  - c) DESGASTE EXCESIVO DE ADITAMENTOS DE PRECI-- SIÓN, EN PACIENTES CON BRUXISMO EXCÉNTRICO.
- 9.- PARA PREVENIR SÍNDROMES DISFUNCIONALES TEMPORO MANDIBULARES CON DOLOR Y DESGASTE IRREGULAR DE LOS DIENTES POSTERIORES EN PACIENTES CON MORDI DA ABIERTA ANTERIOR DEBIDO A DEGLUSIÓN ETÍPICA
- 10.- COMO COMPENSOR Y PROTECTOR DE LOS TEJIDOS PALA TINOS AL DAÑO PROVOCADO POR INCISIVOS INFERIO- RES QUE LASTIMEN ESA ZONA EN PACIENTES CLASE - II DE MALOCCLUSIÓN Y SOBREMORDIDA VERTICAL SEVE RA.
- 11.- PARA APLICAR FLORURO EN CARAS OCLUSALES Y PALA TINAS EN PACIENTES QUE USAN EL GUARDA CON OTRO PROPÓSITO.

12.- PARA PREVENIR LA EXPANSIÓN DEL ARCO MAXILAR SU  
PERIOR EN HÁBITOS DE LENGUA.

INDEPENDIENTEMENTE DE LA TÉCNICA EMPLEADA EN LA CONS---  
TRUCCIÓN DE LA GUARDA, YA SEA MATERIAL TERMOPLÁSTICO O ACRÍ-  
LICO AUTOPOLIMERIZABLE, LO IMPORTANTE ES COMO SE ADAPTA EL -  
GUARDA AL PACIENTE.

TÉCNICA CON MATERIALES TERMOPLÁSTICOS AL VACÍO:

SE NECESITA EQUIPO DE VACÍO PARA SEGUIR ESTOS PASOS:

- a) SE OBTIENE UN MODELO SUPERIOR DEL PACIENTE.
- b) TOME UNA HOJA DE MATERIAL (BAYER TRANSPARENTE)  
Y COLOQUE EL MODELO DE LA MÁQUINA, CALIENTE Y -  
ADAPTE EL MATERIAL AL MODELO.
- c) CON UN DISCO DE CARBORUNDUM RECORTE LA SUPERFI-  
CIE LABIAL Y BUCAL DEL MATERIAL A 1mm., HACIA--  
CERVICAL DESDE LAS CARAS OCLUSALES Y BORDES IN-  
CISALES.
- d) CON EL MISMO INSTRUMENTO RECORTE EL MATERIAL EN  
SU SUPERFICIE PALATINA, APROXIMADAMENTE 10mm.--  
DEL MARGEN GINGIVAL DE LOS DIENTES POSTERIORES-  
Y A 15mm. DE LOS ANTERIORES. REMUEVA Y PULA --  
LOS MARGENES DEL MATERIAL TERMOPLÁSTICO.

TÉCNICA CON ACRÍLICO AUTOPOLIMERIZABLE:

- a) SE OBTIENE UN MODELO DE LA ARCADA SUPERIOR.
- b) MONTAR ÉSTE Y EL INFERIOR EN EL ARTICULADOR.

- c) SE LUBRICA EL MODELO SUPERIOR CON UN SEPARADOR YESO-ACRÍLICO.
- d) SE "ENCAJONA" EL MODELO SUPERIOR CON CARA BLANDA DE 1-2mm. POR DEBAJO DE LAS SUPERFICIES, LABIAL, BUCAL Y PALATINA DE LOS DIENTES SUPERIORES. CONTORNO DEL ACRÍLICO A USAR.
- e) APLIQUE POLVO (PLIMERO) SOBRE LA SUPERFICIE OCLUSAL Y MOJE CON EL LÍQUIDO (MONÓMERO). REPITA CUANTAS VECES SEA NECESARIO ÉSTO PARA UN CONTORNO OCLUSO-INCISAL ADECUADO.
- f) CON UNA ESPÁTULA MOJADA EN MONÓMERO RECORTE Y MANTENGA LA CURVA ENTERO-POSTERIOR Y PLANO DE OCLUSIÓN.

SI DESEA ACELERAR LA POLIMERIZACIÓN, COLOQUE EL MODELO EN AGUA CALIENTE O EN UNA OLLA DE PRESIÓN.

REMUEVA EL ACRÍLICO Y RECORTE SUS MÁRGENES Y PULA Y COLÓQUELO DE NUEVO EN EL MODELO.

#### DESGASTE SELECTIVO (AJUSTE OCLUSAL).

CON ÉSTE SE OBTENDRÁ LA PROTECCIÓN MUTUA, ASÍ COMO QUE SE ESTABLEZCA LA OCLUSIÓN CÉNTRICA, SUS CARACTERÍSTICAS OCLUSALES SON LAS SIGUIENTES:

CUANDO EL MAXILAR INFERIOR ESTÁ EN RELACIÓN CÉNTRICA,-- LOS PLANOS OCLUSALES DENTARIOS ESTARÁN EN MÁXIMA IDERDIGITACIÓN, O SEA EL EQUIVALENTE A OCLUSIÓN CÉNTRICA.

EN UNA EXCLUSIÓN LATERAL PARA LOS CANINOS, O LAS PIEZAS DENTARIAS EN EL ÁREA CÚSPIDEA, DESOCLUIRÁN DE INMEDIATO-

TODOS LOS DEMÁS DIENTES DE LOS PLANOS DE TRABAJO Y BALANCE. -

EN POSICIÓN PROTRUSIVA, LA GUÍA INCISAL DESOCLUIRÁ EN--  
EL ACTO TODOS LOS DIENTES POSTERIORES.

EN OCLUSIÓN CÉNTRICA, SOLAMENTE LAS POSTERIORES TOCARÁN;  
LOS CANINOS TAMBIÉN PUEDEN HACER CONTACTO Y HABRÁ UN PEQUEÑO  
ESPACIO ENTRE LOS DIENTES ANTERIORES SUPERIORES E INFERIORES

LAS CÚSPIDES ESTAMPADORAS SE ALOJARÁN EN SUS RESPECTI--  
VAS FOSAS Y, SERÁ DE MANERA ÓPTIMA SI ÉSTAS POSEEN TRIPODIS-  
MO DE CONTACTO EN ÉSTAS CAVIDADES Y, AL PRINCIPIO DEL DESPLA  
ZAMIENTO MANDIBULAR HARÁN DESOCLUSIÓN DE INMEDIATO.

LOS CANINOS AL IGUAL QUE LA GUÍA INCISAL (CARA PALATINA  
DE DIENTES ANTERIORES SUPERIORES), SERÁN LOS ENCARGADOS, POR  
SU ANATOMÍA Y COLOCACIÓN, DE REALIZAR ÉSTAS DESOCLUSIONES IN  
MEDIATAS.

LAS CÚSPIDES, TANTO LAS ESTAMPADORAS COMO LAS DE TIJERA  
(CORTANTES) PASARÁN POR SENDEROS SIN TENER EL MENOR ROCE, LO  
CUAL EVITA QUE OCURRAN INTERFERENCIAS EN LAS ÁREAS A LAS QUE  
CORRESPONDE EJECUTAR LAS DESOCLUSIONES.

COMO PODRÁ COMPROBARSE MÁS ADELANTE, ESTAS RELACIONES--  
DE POSICIÓN DE LA MANDÍBULA, SON LAS BASES DE LOS TÉCNICOS DE  
ENCERADO QUE VEREMOS MÁS DELANTE.

#### DESARROLLO DEL AJUSTE:

PROBAR LAS RELACIONES INCISALES DE BORDE A BORDE.

AQUÍ, LOS BORDES INCISALES HACEN CONTACTO Y DESOCLUEN-  
LOS DIENTES POSTERIORES, SI HUBIESE UN IMPEDIMENTO, LOS INCI-  
SIVOS, NO HARIAN CONTACTO BORDE A BORDE A CONSECUENCIA DE IN-  
TERFERENCIAS ENTRE PREMOLARES Y MOLARES SUPERIORES E INFERIO-  
RES PROPIAMENTE DICHOS. SERÁ MENESTER DESGASTAR TANTO LAS-  
CÚSPIDES BUCALES DE LOS DIENTES SUPERIORES COMO LAS LINGUA--  
LES DE LOS INFERIORES, O DE AMBOS.

ES NECESARIO EXPLICAR EL PORQUÉ DE ÉSTOS DESGASTES, YA-  
QUE LA OCLUSIÓN TIENE UN TOPE, PROPORCIONADO POR LAS CÚSPI--  
DES TRITURANTES O ESTAMPADORAS AL LLEGAR A SU CORRESPONDIE--  
NTE FOSAS. DEBE CONSERVARSE SIEMPRE ESTA RELACIÓN, YA QUE-  
SERÍA EL EQUIVALENTE A LA DIMENSIÓN VERTICAL.

OTRO POSIBLE OBSTÁCULO SE VE A MENUDO EN MOLARES INCLI-  
NADOS, SOBRE TODO EN INFERIORES, POR FALTA DE PREMOLAR O MO-  
LAR DEL MISMO LADO. COMO EN ESTE CASO, SE APRECIA QUE AL--  
DESPLAZARSE LA MANDÍBULA EN PROTRUSIVA, EL MOLAR INFERIOR, -  
HACE CONTACTO CON SU DESPLAZAMIENTO AL ENCONTRARSE DISTAL EN  
CUANTO AL MOLAR SUPERIOR.

PARA ESTOS CASOS, SE LABRA UN SURCO DESDE LA PORCIÓN --  
VESTIBULAR HASTA LA LINGUAL DE LA CRESTA MARGINAL DISTAL DEL  
MOLAR INFERIOR, PARA PERMITIR EL PASO DE LA CÚSPIDE ESTAMPA-  
DORA DEL MOLAR SUPERIOR.

ESTIMACIÓN DE LAS RELACIONES DE CANINOS O ÁREAS CANINAS  
EN LA EXCURSIÓN LATERAL PURA DE CONTACTO REALIZADO PUNTA A -  
PUNTA.

ES NECESARIO FORMARSE UNA IMAGEN MENTAL DE ESTA SITUA--  
CIÓN PARA COMPRENDER LA CAUSA POR LA CUAL SE HACEN LOS DESGAS

TES E INCLINACIONES. TANTO EN EL LADO DE BALANCE COMO EL -- DE TRABAJO, PUEDE OCURRIR QUE EXISTAN OBSTÁCULOS QUE IMPIDAN LAS RELACIONES BORDE A BORDE EN ÁREA DE LOS CANINOS. LA -- FORMA ARMONIOSA DE ELIMINAR ÉSTOS, ES POR DESGASTE DE LAS -- CÚSPIDES CORTANTES O DE TIJERA CON INCLINACIÓN MESIAL EN SUPERIORES Y DISTAL EN INFERIORES. ASÍ TAMBIÉN SE HACEN EN -- EL LADO DE BALANCE COMO SON LAS CÚSPIDES ESTAMPADORAS O TRITURANTES.

UNA VEZ LOGRADO QUE LA REGIÓN DE LOS CANINOS HAGA CONTACTO SIN OBSTÁCULO ALGUNO, SE REPITEN ESTAS RELACIONES LLEVANDO AL MAXILAR INFERIOR AL LADO DE TRABAJO OPUESTO Y SE EFECTÚAN LOS DESGASTES DE LOS OBSTÁCULOS EN LA FORMA EXPLICADA ANTERIORMENTE, PARA EL LADO PREVIAMENTE AJUSTADO.

LA RELACIÓN CÉNTRICA SE CHECA FÁCILMENTE Y FINALMENTE, TENIENDO LA CABEZA DEL PACIENTE INCLINADA HACIA ATRÁS Y CERRANDO LA MANDÍBULA LIGERAMENTE EN SU POSICIÓN MÁS POSTERIOR SE COLOCA PAPEL CARBÓN ENTRE LOS DIENTES Y SE INSTRUYE AL PACIENTE PARA QUE CIERRE DESDE EL CONTACTO INICIAL HASTA LA COMPLETA INTERCUSPIDACIÓN.

## CAPÍTULO V.

### TRATAMIENTO DEFINITIVO

#### REHABILITACIÓN DEL BRUXISMO A BASE DE PRÓTESIS.

##### 1.- BRUXISMO:

LA BRUXOMANÍA, BRICODONCIA, BRINQUISMO, BRINCOMANÍA, --- NEUROSIS OCLUSAL, BRUXISMO, EFECTO DE KAROLY, STRIDOR DENTUMAS, ETC., CONSISTE EN EXCURSIONES INVOLUNTARIAS DE LA MANDÍBULA QUE PRODUCE UN CHOQUE PERCEPTIBLE O IMPERCEPTIBLE, RE--CHINAMIENTO, CHOQUE CUSPIDEO Y OTROS Y OTROS EFECTOS TRAUMÁTICOS.

PAECE SER LA TENSIÓN NERVIOSA CAUSA COMUN POR LA APARICIÓN DEL HÁBITO, EN PRESENCIA DE UNA OCLUSIÓN PATOLÓGICA. EN UNAS OCASIONES ES UNA MANIFESTACIÓN LOCAL DE UNA CONDI--CIÓN GENERAL DE PSICONEUROSIS. LA BRUXOMANÍA PUEDE SER LA--EXPRESIÓN DE UNA TENSIÓN NERVIOSA Y DE TENDENCIAS CONCIENTES O INCONCIENTES DE AGRESIVIDAD. O MANIFESTACIONES DE ANGUSTIA SOMATIZADAS EN LA BOCA.

LA BRUXOMANÍA OCURRE CON MÁS FRECUENCIA EN HOMBRES QUE--EN MUJERES. ESTA SE INICIA GENERALMENTE DURANTE EL SUEÑO -LIGERO O EN PERÍODOS DE ABSTRACCIÓN.

EL FACTOR MÁS FRECUENTE PARA LA INICIACIÓN DE LA BRUXOMANÍA ES LA DISCREPANCIA ENTRE LA RELACIÓN CÉNTRICA Y LA OCLUSIÓN CÉNTRICA; INVARIABLEMENTE, ÉSTA VA ACOMPAÑADA DE CONTRACCIONES ASINCRÓNICAS O SOSTENIDOS EN LOS MÚSCULOS TEMPORAL Y MASETERO EN LA DEGLUSIÓN.

ES EVIDENTE QUE LA BRUXOMANÍA ES SU SIGNIFICADO PERIODÓNTICO AUMENTA AL DISMINUIR EL SOPORTE DEL PERIODONTO, YA SEA POR ENFERMEDAD O POR AUSENCIA DENTAL.

SE CONSIDERA LA BRUXOMANÍA COMO IMPORTANTE EN LA ETIOLOGÍA DEL TRAUMA POR OCLUSIÓN Y DE LOS DESARREGLOS TEMPOROMAXILARES.

LA BRUXOMANÍA PRESENTA ALGUNO O ALGUNOS DE LOS SIGUIENTES SIGNOS Y SÍNTOMAS CLÍNICOS.

- 1.- FACETAS SOBRE LOS DIENTES, QUE INDICAN UN DESGASTE OCLUSAL.
- 2.- DESGASTE OCLUSAL EXCESIVO Y DESIGUAL.
- 3.- TONO MUSCULAR OCULTADO 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 APEGADO A LA PRECUSIÓN 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.- MÚSCULOS DE LA OCLUSIÓN ADOLORIDOS A LA PALPACIÓN.

- 10.- DOLOR O MOLESTIA EN LAS ARTICULACIONES TEMPOROMAXILARES.
- 11.- SENSIBILIDAD DE LOS DIENTES STRESS MASTICATORIO.
- 12.- SENSIBILIDAD PULPAR AL FRÍO.
- 13.- SONIDOS PERCEPTIBLES DE LA BRUXOMANÍA.

LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES EN LA BRUXOMANÍA SON EL RESULTADO DE LA BÚSQUEDA INCONSCIENTE DE LA RELACIÓN CÉNTRICA-DEL PACIENTE Y LA ELIMINACIÓN DE INTERFERENCIAS PARA LOGRARLA.

CUALQUIER TIPO DE INTERFERENCIA OCLUSAL PREDISPONE A LA BRUXOMANÍA, PERO LAS INTERFERENCIAS EN CÉNTRICA Y DEL LADO--DE BALANCE SON LAS MÁS PROVOCADORAS. LAS INTERFERENCIAS DE LADO DE TRABAJO Y LAS PROTRUSIVAS LO SON MENOS.

EL TONO MUSCULAR EN PACIENTES CON BRUXOMANÍA ESTÁ INFLUENCIADO POR ESTÍMULOS LOCALES (OCLUSALES) Y SISTEMÁTICOS (S.N.C.).

EL AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELECTIVO ES EL TRATAMIENTO INDICADO EN LA BRUXOMANÍA, COMO TERAPIA PALIATIVA Y--OCASIONALMENTE DEFINITIVA. SI EL AJUSTE OCLUSAL ESTÁ MAL--TERMINADO, NO SOLO NO SE CURARÁ EL HÁBITO, SINO QUE AGRAVARÁ LOS SÍNTOMAS Y LAS MOLESTIAS.

MIENTRAS MÁS TIEMPO ESTÉ ESTABLECIDO EL HÁBITO DE LA --BRUXOMANÍA, MÁS PODEROSOS SERÁN LOS MÚSCULOS DE LA OCLUSIÓN--Y POR ENDE, MAYOR LA FUERZA APLICADA A LAS ESTRUCTURAS DE SOPORTE, DEBILITADAS DE CONTINUO.

LO PERJUDICIAL DE LA BRUXOMANÍA ES LA FUENTE DE FUERZAS TRAUMATIZANTES. ESTAS FUERZAS TENDRÁN LAS SIGUIENTES CARACTERÍSTICAS:

- 1.- DIRECCIÓN ANORMAL.
- 2.- INTENSIDAD EXCESIVA.
- 3.- HABITUALES.

ESTA ÚLTIMA LA INTERMITENCIA SERÁ DE INTERVALOS TAN BREVES QUE NO PERMITIRÁN UNA REPARACIÓN NORMAL DE LOS TEJIDOS--AFECTADOS.

LA BRUXOMANÍA SE PUEDE LLEVAR A CABO DE LAS SIGUIENTES--MANERAS:

- a) CON UN MOVIMIENTO DE 1mm. APROXIMADAMENTE EN CADA EXCURSIÓN LATERAL ALTERNADAMENTE.
- b) CON MOVIMIENTOS EXTENSOS EN CADA EXCURSIÓN LATERAL - ALTERNADAMENTE.
- c) RECHINAMIENTO DENTAL DESDE RELACIÓN CÉNTRICA HASTA - UNA EXCURSIÓN LATERAL, RETORNANDO A CÉNTRICA, REPI--TIENDO EL CICLO.
- d) DESLIZANDO DESDE CENTRICA HASTA PROTRUSIVA Y RETOR--NADO APOYO SÓLO SOBRE LOS DIENTES ANTERIORES.
- e) DEJANDO SÓLO LOS DIENTES ANTERIORES BORDE A BORDE EN UNA POSICIÓN LATERO-PROTRUSIVA.
- f) CON MOVIMIENTOS COMPLICADOS IRREGULARES DE LOS DIEN--TES ANTERIORES INFERIORES. CONTRA LAS SUPERFICIES--PALATINAS DE LOS ANTERIORES.

LOS TRATAMIENTOS SUGERIDOS POR ESTAS MANIFESTACIONES DE--

## HÁBITO DEL SISTEMA GNÁTICO SON:

- I.- EL AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELECTIVO, ES EL MÁS INDICADO Y DE EFECTOS INMEDIATOS; PARA QUE SEA EFECTIVO DEBE:
  - a) CONSERVAR LA CÉNTRICA.
  - b) NO DEJAR LA OCLUSIÓN BALANCEADA.
- II.- EL USO DE PLACAS ACRÍLICAS O GUARDA OCLUSAL POR IMPEDIR EL ENCUENTRO DE LAS SUPERFICIES OCLUSALES OPONENTES.
- III.- LA AUTOSUGESTIÓN; SUPONE LA REPETICIÓN DE UNA FRASE U ORACIÓN FIJA Y POSITIVA, REDACTADA EN FORMA TAL QUE DÉ UNA REACCIÓN INCONSCIENTE DE ARMONÍA Y DE ACUERDO CON LAS SUGERENCIAS CONSCIENTES. COMO EJEMPLO:  
"ME DESPERTARÉ SI MUERTO O APRIETO LOS DIENTES".  
"AFLOJARÉ LA PRESIÓN DE MIS DIENTES".

DE LOS TRES EL PRIMERO ES EL MÁS INDICADO, YA QUE ROMPE EL HÁBITO DE INMEDIATO, LA MÁS DE LAS VECES TERMINADO EL AJUSTE.

EL TRATAMIENTO IDEAL, ES LA REHABILITACIÓN OCLUSAL COMPLETA. POR REGLA GENERAL LA BRUXOMANÍA QUE OCASIONA UN DESGASTE OCLUSAL EXCESIVO AMERITA UNA RESTAURACIÓN TOTAL DE LA DENTICIÓN.

EL BRUXISMO ES UNA PARAFUNCIÓN. PARA QUE SE PRODUZCAN DEBEN COINCIDIR DOS FACTORES PREDISPONENTES UNO PSÍQUICO QUE AUMENTA EL TONO MUSCULAR Y UNO LOCAL CONSTITUÍDO POR LA IN--

TERFERENCIA OCLUSAL, LAS DIVERSAS MANIFESTACIONES DEL BRUXISMO DEPENDEN DE LOS SIGUIENTES FACTORES:

- 1.- SI DIENTE Y PORODONTO SON SÓLIDOS Y LA ARTICULACIÓN ES RESISTENTE, HABRÁ MIALGIAS Y ESPASMOS.
- 2.- SI DIENTE Y PORODONTO SON SÓLIDOS Y LA ARTICULACIÓN ES DÉBIL PRESENTARÁ DOLOR Y/O MOLESTIAS EN LA ARTICULACIÓN.
- 3.- SI EL DIENTE ES DÉBIL Y EL PORODONTO Y LA ARTICULACIÓN SON SÓLIDOS, APARECERÁ ABRASIÓN DENTARIA (DESGASTE OCLUSAL).
- 4.- SI EL DIENTE Y LA ARTICULACIÓN SON SÓLIDOS Y EL PORODONTO ES DÉBIL, APARECERÁ MOVILIDAD DENTARIA Y FENÓMENOS DE PORODONTÁLISIS AUMENTADOS.

EL BRUXISMO TIENE DOBLE ETIOLOGÍA, SE DESCUBRIERON NERVIOSOS ENTRE LA AGRESIVIDAD Y EL BRUXISMO. SIENDO ÉSTE UNA EXCESIVA PRESIÓN ORAL DE AGRESIVIDAD, OBSERVADA CON MAYOR FRECUENCIA EN INDIVIDUOS QUE CURSAN POR UNA GRAN NEUROSI O SEVEROS TRASTORNOS DE CONDUCTA, ADJUNTOS CON UNA PEQUEÑA INTERFERENCIA SIN NEUROSI.

COMO LA CONSECUENCIA MAYOR DEL BRUXISMO ES EL DESGASTE OCLUSAL O ABRASIÓN DENTARIA, HALBEMOS UN POCO ACERCA DE ÉSTE

ESTA MANIFESTACIÓN DE OCLUSIÓN PATOLÓGICA, SE REVELA AL ESTUDIAR LA TOPOGRAFÍA OCLUSAL.

LOS SIGNOS MÁS EVIDENTES SON: LAS FACETAS DE DESGASTE Y LAS SUPERFICIES PLANAS E INCLINADAS. LA PRESENCIA DE UNA FACETA DE DESGASTE EN UNA SUPERFICIE MESIAL DE LA CÚSPIDE PA

LATINA DE UN PREMOLAR O MOLAR Y UNA FACETA CORRESPONDIENTE A LA SUPERFICIE DISTOLINGUAL DE LA CÚSPIDE VESTIBULAR DE UN DIENTE INFERIOR, ES SIGNO SEGURO DE UNA DISCREPANCIA ENTRE LAS RELACIONES CÉNTRICAS.

LOS INCISIVOS FRACTURADOS, MELLADOS O CORTADOS SON MUCHAS VECES SIGNOS DE OCLUSIÓN PATOLÓGICA; ASÍ MISMO, EL DESGASTE EXAGERADO DE LA SUPERFICIE OCLUSAL Y LA EROSIÓN VERTICAL TAMBIÉN LO SON.

LAS RESTAURACIONES TAMBIÉN OFRECEN SIGNOS, COMO FRACTURA DE UNA O VARIAS OBSTRUCCIONES DE AMALGAMA DE PLATA, FACETAS BRILLANTES SOBRE INCRUSTACIONES Y CORONAS. EL DESGASTE OCLUSAL O INCISAL EXCESIVOS PUEDEN OCASIONAR SENSIBILIDAD EXTRA DEBIDO A LA EXPOSICIÓN DENTARIA.

LOS SIGUIENTES SIGNOS DIAGNÓSTICOS DE OCLUSIÓN PATOLÓGICA SE MANIFIESTAN EN LA PULPA:

- a) SENSIBILIDAD EXAGERADA DEBIDO A UNA PULPA HIPERÉMICA POR TRAUMA DE OCLUSIÓN.
- b) PULPITIS CON EVENTUAL MUERTE PULPAR, POR FUERZAS ANORMALES CON LA RESISTENCIA DEL TEJIDO PULPAR BAJO. SI LA RESISTENCIA PULPAR ES ALTA RESISTE LAS FUERZAS ANORMALES Y PRODUCE DENTINA SECUNDARIA.
- c) SE PUEDEN OBSERVAR RADIOGRÁFICAMENTE RECESIONES PULPARES, OBLITERACIONES DE LA CÁMARA Y CÁLCULOS OCASIONADOS PROBABLEMENTE POR TRAUMA DE OCLUSIÓN.

EL DESGASTE NO FISIOLÓGICO, ES AQUEL QUE SE PRETENDE IRREGULAR MARCADO EN ALGUNOS DIENTES, EXCESIVO EN TODOS LOS-

DIENTES Y ALTERA LA OCLUSIÓN. Y EL FISIOLÓGICO ES AQUEL -- QUE NO ALTERA LA OCLUSIÓN, ES LENTO, CON CÚSPIDES ALGO DEPRECIADAS, PERO CONSERVAN SUS FUNCIONES EN GRUPOS ESPECIALIZADOS Y NO ALTERA SU DISTRIBUCIÓN EN AMBOS LADOS DE LA ARCADEA.

SE HA DESCRITO QUE SI HAY DESGASTE OCLUSAL EXCESIVO, SE RÍA UN ERROR IRREPARABLE REPRODUCIR LAS CÚSPIDES TAL Y COMO LAS TENÍA EL SUJETO, ANTES DEL DESGASTE. SABEMOS QUE DEBEMOS RESTAURAR LAS CUSPIDES DE ACUERDO CON LAS LEYES DE OCLUSIÓN DE CADA PACIENTE, ASÍ COMO LOS FACTORES DE OCLUSIÓN SIN TOMAR EN CUENTA LA EDAD Y LAS CONDICIONES ACTUALES DE LA DENTICIÓN MUTILADA.

EL GRADO DE DESGASTE POSTERIOR ES MUY SIMILAR AL DESGASTE INCISAL EN EL INDIVIDUO. EL DESGASTE OCLUSAL PROGRESA Y SE HACE MÁS SEVERO CON LA EDAD DEL PACIENTE, POR FALTA DE -- FUERZA O DUREZA DENTINARIA Y POR EL LARGO TIEMPO CON OCLUSIÓN PATOLÓGICA, QUE HACE A LOS MÚSCULOS MÁS POTENTES.

LOS TRES ACTOS QUE DURANTE LOS MOVIMIENTOS DE LA MANDÍBULA PUEDEN OCASIONAR EL DESGASTE SON:

- 1.- BRUXOMANÍA (MOVIMIENTO HORIZONTAL).
- 2.- DECLUSIÓN (MOVIMIENTO VERTICAL).
- 3.- ALIMENTOS ABRASIVOS EN LA MASTICACIÓN (MOVIMIENTO VERTICAL).

## 2.- EXAMEN CLÍNICO EN PARAFUNCIONES:

SIENDO TAN ABUNDANTE EL NÚMERO DE DATOS QUE EL PROFESIONAL DEBE RECABAR PARA LLEGAR A UN DIAGNOSTICO DIFERENCIAL DE PADECIMIENTO, ES NECESARIO QUE DIVIDA SU ESTUDIO EN TRES FA-

SES: HISTORIA CLÍNICA, EVALUACIÓN CLÍNICA FUNCIONAL Y EL ANÁLISIS OCLUSAL.

PARA USAR DEBIDAMENTE LA HISTORIA CLÍNICA, EL PROFESIONISTA DEBERÁ CONTAR CON: ESTETOSCOPIO, CON UN TAMBOR O DOBLE REGLA DE PLÁSTICO MILIMÉTRICA, ESPEJO DENTAL, SONDA PARODONTAL, LÁPIZ, DOCE O CATORCE RADIOGRAFÍAS PERIAPICALES, UNA ORTOPONTOMOGRAFÍA, MONTAJE DE MODELOS EN ARTICULADORES SEMIAJUSTABLES Y UN PEDAZO DE CERA ROSA.

CONTANDO CON ESTOS ELEMENTOS Y EN PRESENCIA DE SU PACIENTE, EN UN AMBIENTE TRANQUILO Y SILENCIOSO, SE PROCEDERÁ CUIDADOSAMENTE AL EXAMEN.

EN UN TIEMPO MÍNIMO DE 45 MINUTOS, PACIENCIA Y DEDICACIÓN A ESTE PASO ANAMNÉSICO, SE DESPRENDERÁ UN DIAGNÓSTICO OPORTUNO, PLAN DE TRATAMIENTO Y EL PRONÓSTICO.

ANTES DE EXPLICAR EL CONTENIDO DE LA HISTORIA CLÍNICA, ES BUENO SABER LOS SIGNOS Y SÍNTOMAS DE NUESTRO CASO EN ESPECIAL PARA LLEGAR A UN MEJOR DIAGNÓSTICO.

#### DIAGNÓSTICO DEL BRUXISMO:

EN LA MAYORÍA DE LOS CASOS, LOS SÍNTOMAS NO SON EVIDENTES, SIN EMBARGO, ALGUNOS DE ELLOS SON INDICATIVOS, AUNQUE DE NINGUNA MANERA PATOGNOMÓNICOS O DIAGNÓSTICOS.

POR LO GENERAL, SE PUEDEN DESCUBRIR LOS CASOS GRAVES MEDIANTE LA OBSERVACIÓN CUIDADOSA EN BUSCA DE TALES SIGNOS Y SÍNTOMAS. PUESTO QUE LA MAYORÍA DE LOS PACIENTES NO SE DAN CUENTA DEL HÁBITO, EL INTERROGATORIO CARECE GENERALMENTE DE-

VALOR, AUNQUE ES OBLIGATORIO.

EN UN GRAN PORCENTAJE DE CASOS, ESTE HÁBITO PUEDE PASAR DE LA SUBCONCIENCIA AL NIVEL DE LA CONCIENCIA INDICANDO AL PACIENTE LA POSIBILIDAD DE SU EXISTENCIA.

ES PROBABLE QUE TODOS HEMOS RECHINADO LOS DIENTES AL ENCONTRARNOS EN ESTADO DE TENSIÓN O ESFUERZO. SIN EMBARGO EL HECHO CARECE DE IMPORTANCIA SI NO APARECEN MANIFESTACIONES DE TRAUMATISMO. EL BRUXISMO PUEDE LLEVAR AL TRAUMA -- POR OCLUSIÓN CON MANIFESTACIONES EN CUALQUIERA DE LOS NUMEROSOS COMPONENTES DEL SISTEMA MASTICATORIO. ASÍ, SON POSIBLES TRAUMATISMOS A LAS CORONAS Y RAÍCES DE LOS DIENTES, A LA PULPA, AL PERIODONTO AL APARATO NEUROMUSCULAR; PERO EL BRUXISMO SE VUELVE PROBLEMA OCLUSAL CUANDO HAY SIGNOS Y SÍNTOMAS DE TRAUMA EN EL SISTEMA MASTICATORIO.

#### SIGNOS Y SÍNTOMAS.

##### PATRONES NO FUNCIONALES DE DESGASTE OCLUSAL:

EL SIGNO MÁS IMPORTANTE ES EL PATRÓN DE DESGASTE OCLUSAL O INCISIVO QUE NO COINCIDE CON EL PATRÓN NORMAL DE DEGLUSIÓN O DE MASTICACIÓN. TALES PATRONES O FACETAS DE DESGASTE SE OBSERVAN FRECUENTEMENTE FUERA DE LA LINEA NORMAL DE LA FUNCIÓN, EN LA PUNTA INCISIVA DEL CANINO SUPERIOR. ESTAS FACETAS DE DESGASTE SON POR LO GENERAL REDONDEADAS Y ESTÁN COLOCADAS SOBRE LA SUPERFICIE LABIAL DE LA CÚSPIDE EN VEZ DE UNIRSE CON LAS FACETAS LINGUALES DE DESGASTE DURANTE LA MASTICACIÓN. SE PUEDEN OBSERVAR TAMBIÉN OTRAS FACETAS SOBRE INCISIVOS Y PREMOLARES SUPERIORES, ASÍ COMO OTROS --- DIENTES. LAS FACETAS NO FUNCIONALES PUEDEN OBSERVARSE TAN

ALEJADAS DEL LÍMITE FUNCIONAL QUE RESULTA DOLOROSO PARA EL PACIENTE COLOCAR EL MAXILAR EN UNA POSICIÓN DONDE HAGAN CONTACTO LAS FACETAS DE LOS DIENTES INFERIORES Y SUPERIORES.

ES ACONSEJABLE COMPLETAR LA EXPLORACIÓN BUCAL SIN LLAMAR LA ATENCIÓN DEL PACIENTE HACIA LAS FACETAS DE DESGASTE ANORMALES, PUESTO QUE CON FRECUENCIA LOS PACIENTES CAEN EN POSICIONES NO FUNCIONALES CUANDO SE PLANTEAN ASUNTOS DELICADOS DURANTE LA EXPLORACIÓN. DE ESTA MANERA, EL DENTISTA TIENE LA OPORTUNIDAD DE ESTABLECER EL DIAGNÓSTICO DEL BRUXISMO POR MEDIO DE LA OBSERVACIÓN DIRECTA.

EL MECANISMO DE DESGASTE EXCESIVO ASOCIADO CON EL BRUXISMO SE BASA EN EL AFLOJAMIENTO Y EL APLASTAMIENTO DE LOS PRISMAS DEL ESMALTE ENTRE LAS SUPERFICIES DE CONTACTO, LO CUAL PROPORCIONA LAS PARTÍCULAS ASPERAS NECESARIAS PARA EL RÁPIDO DESGASTE DEL ESMALTE. EL EXTENSO DESGASTE OCLUSAL O INCISIVO, EN GENTE QUE SE ALIMENTE CON UNA DIETA BLANDA, ES OCASIONADO GENERALMENTE POR BRUXISMO, ESPECIALMENTE EN JÓVENES. LOS ALIMENTOS CONSUMIDOS TIENEN POR LO GENERAL POCO PODER ABRASIVO Y RESULTA MÁS LÓGICO PENSAR QUE EL MARCADO DESGASTE OCLUSAL ES CAUSA DE CONTACTO INTERDENTAL.

EL BRUXISMO COMBINADO CON REGURGITACIÓN NERVIOSA DEL CONTENIDO ÁCIDO DEL ESTÓMAGO PUEDE DAR LUZ A LA EROSIÓN DEL ESMALTE Y DESGASTE LINGUAL INCISIVO SUMAMENTE RÁPIDO. PUESTO QUE TANTO EL BRUXISMO COMO LA REGURGITACIÓN HABITUAL PUEDEN SER RESULTADO DE TENSIÓN NERVIOSA PUEDE OBSERVARSE EN OCASIONES LA APARICIÓN CONCOMITANTE DE ESTOS DOS TRASTORNOS. NO SE CONOCE LA CAUSA DE LA FORMACIÓN DE "COPUS" EN LA DENTINA PUESTA AL DESCUBIERTO POR EL DESGASTE EN LOS CASOS GRAVES DEL BRUXISMO.

EL PATRÓN DE DESGASTE DEL BRUXISMO DE LARGA DURACIÓN ES CON FRECUENCIA MUY IRREGULAR Y GENERALMENTE MÁS EXTENSO SOBRE LOS DIENTES ANTERIORES QUE SOBRE LOS POSTERIORES EN LA DENTICIÓN NATURAL. EN LOS PACIENTES CON PRÓTESIS EL DESGASTE PUEDE SER MÁS MARCADO EN LOS POSTERIORES QUE EN LOS ANTERIORES, PUESTO QUE LA DENTADURA PERMITE EN SU ESTABILIDAD UNA MAYOR PRESIÓN EN ESTA REGIÓN.

EL ASTILLAMIENTO O FRACTURA IMPREVISTA DE DIENTES O RESTAURACIONES, CONSTITUYE OTRO SIGNO DENTAL DE BRUXISMO. PUEDEN PRESENTARSE EN DIENTES INTACTOS, PERO OCURREN POR LO GENERAL EN COMBINACIÓN CON DESGASTE OCLUSAL DE LA FOSA CENTRAL DE LAS RESTAURACIONES BLANDAS DEJANDO PUNTOS CÚSPIDEOS DUROS EN LA INTERFERENCIA OCLUSAL.

TAMBIÉN PUEDEN PRESENTARSE FRACTURAS DE DIENTES O RESTAURACIONES FUERA DEL LÍMITE FUNCIONAL DE OCLUSIÓN EN PACIENTES CON BRUXISMO DURANTE EPISODIOS DE MAL POSICIÓN SUMAMENTE FORZADA DE LOS MAXILARES. POR EJEMPLO, EL APÓSITO QUIRÚRGICO EMPLEADO DESPUÉS DE LA GINGIVECTOMÍA, CON FRECUENCIA SE ROMPE DURANTE LA NOCHE POR LOS CONTACTOS OCLUSALES EN LOS MOVIMIENTOS DEL BRUXISMO, DEBIENDO EXAMINARSE DICHAS CURACIONES PARA VER SI HAY LIBERTAD DE CONTACTO, TANTO EN RELACIONES MASTICATORIAS COMO EN EXTRAMASTICATORIAS.

LA MOVILIDAD INESPERADA DE LOS DIENTES, SE ENCUENTRA FRECUENTEMENTE ASOCIADA CON BRUXISMO Y RESULTA DE ESPECIAL IMPORTANCIA CUANDO SE PRESENTA EN DIENTES CON MUY POCOS SÍNTOMAS DE ENFERMEDAD PERIODONTAL O EN AUSENCIA DEL MISMO. SE HA DEMOSTRADO QUE LA MOVILIDAD ES MÁS MARCADA POR LA MAÑANA QUE DURANTE EL DÍA. ESTOS DIENTES PRESENTAN CON FRECUENCIA UN SONIDO SORDO A LA PERCUSION Y PUEDEN DOLER CUAN-

DO EL PACIENTE MUERDE CON ELLOS.

PUEDA EXISTIR EN EL BRUXISMO HIPEREMIA PULPAR CON HIPERSENSIBILIDAD ESPECIALMENTE AL FRÍO. EN ALGUNAS OCASIONES- EL BRUXISMO GRAVE PUEDE TAMBIÉN OCASIONAR NECROSIS PULPAR.

AUMENTO DE TONO E HIPERTROFIA DE LOS MUSCULOS MASTICADORES SON MANIFESTACIÓN INCONTROLABLE DE RESISTENCIA A LOS INTENTOS QUE EFECTÚA EL DENTISTA PARA LLEVAR EL MAXILAR DEL PACIENTE A RELACIÓN CÉNTRICA ES MUY COMÚN EN PRESENCIA DE-- BRUXISMO. CON FRECUENCIA EXISTE HIPERTROFIA UNI O BILATERAL DE LOS MÚSCULOS, ESPECIALMENTE LOS MASETEROS. LA HI-- PERTROFIA UNILATERAL SUELE CONFUNDIRSE CON TUMOR DE LA GLÁN DULA SALIVAL PARÓTIDA. ALGUNOS PACIENTES CON BRUXISMO PUE DEN APRENDER A RELAJAR LOS MÚSCULOS MAXILARES HASTA UN TONO NORMAL A PESAR DE SU TENDENCIA AL BRUXISMO.

EL ADOLORAMIENTO DE LOS MÚSCULOS EN OCASIONES SON CONSECUENCIA DEL BRUXISMO, YA QUE SE QUEJAN DE SENSACIÓN DE -- CANSANCIO EN LOS MAXILARES AL DESPERTAR EN LA MAÑANA, O -- BIEN TIENEN UN "TRABAZÓN" DEL MAXILAR, TENIENDO QUE DAR MASAJE A LOS MÚSCULOS MASETERO Y TEMPORAL ANTES DE PODER ---- ABRIRLO. LOS PUNTOS MÁS SENSIBLES SON MÁS COMUNES A LO -- LARGO DEL BORDE ANTERIOR E INFERIOR DEL MASETERO Y EL PTERIGOIDEO INTERNO, PERO PUEDE TAMBIÉN ENCONTRARSE EN LA RE-- GIÓN TEMPORAL.

LA INCOMODIDAD Y DOLOR DE LA ARTICULACIÓN TEMPOROMAXILAR DE ORIGEN TRAUMÁTICO SON GENERALMENTE AL RECHINAR LOS-- DIENTES.

LA EXOSTÓSIS DE LOS MAXILARES PUEDEN SER OCASIONADOS POR BRUXISMO. ESTAS NEOFORMACIONES ÓSEAS TIENDEN A RECIDIVAR SI EL BRUXISMO CONTINÚA DESPUÉS DE SU EXTIRPACIÓN.

EL SONIDO AUDIBLE EN EL BRUXISMO ES POR SUPUESTO UN -- SIGNO DIAGNÓSTICO CUANDO DICHA MANIFESTACIÓN SE PUEDE APRECIAR DIRECTAMENTE O REGISTRAR CON UNA GRABADORA DURANTE EL SUEÑO. EN MUCHOS CASOS EL BRUXISTA ACUDE A NOSOTROS DEBIDO AL RECHINAMIENTO DE LOS DIENTES DURANTE EPISODIOS NOCTURNOS DE BRUXISMO, HACEN DESPERTAR AL CÓNYUGE O A ALGUNA PERSONA CON QUIEN COMPARTE LA HABITACIÓN.

LA HISTORIA CLÍNICA CONSTA DE CUATRO ETAPAS:

- I.- FICHA DE IDENTIFICACIÓN.
- II.- ANTECEDENTES MÉDICOS.
- III.- ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS.
- IV.- HISTORIA DENTAL (CONSTA DE DOCE PARTES).

LOS OBJETIVOS DE UNA HISTORIA CLÍNICA SON: RECOGER O-- COLECCIONAR INFORMACIÓN DERIVADA DEL PACIENTE Y TRADUCIRLA POR DATOS SIGNIFICANTES QUE AYUDEN A ESTABLECER UN DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO. ANALIZANDO NUESTRA HISTORIA, LA PARTE I, ES LLENADO POR EL PACIENTE Y SU UTILIDAD ES --- OBVIA, PARA SUBSIGUEINTES EXÁMENES DEL MISMO.

EN LA PARTE II, TIENE TRES PROPÓSITOS:

- 1.- PROTEGE AL PACIENTE EVITÁNDOLE O POSPONIÉNDOLE PRO CEDIMIENTOS QUE PUDIERAN PERJUDICAR CON EL TIEMPO, POR EJEMPLO: ADMINISTRAR UNA DROGA EN UN PACIENTE- QUE ESTÉ BAJO TERAPIA ANTI-COAGULANTE.

- 2.- PROTEGE AL OPERADOR Y A SU EQUIPO HUMANO, DE ENFERMEDADES CONTAGIOSAS.
- 3.- ELIMINAR PROBLEMAS SISTEMÁTICOS QUE ALTEREN LA TERAPIA ESCOGIDA.

DE LOS PROBLEMAS ESPECÍFICOS RESULTAN:

- SI EL PACIENTE TIENE ENFERMEDADES DEL CORAZÓN. CONSULTE A SU MÉDICO PARA VERIFICAR LA TOLERANCIA POSIBLE DE PREMEDICACIÓN O DE CUIDADOS ESPECIALES.
- SI EL PACIENTE TIENE DIABETES, SE ESPERA UNA RESPUESTA EXAGERADA A LA INFLAMACIÓN Y RESPUESTAS LIMITADAS A LA TERAPIA LOCAL, ASÍ COMO POSIBLES INFECCIONES.
- SI EL PACIENTE TIENE PROBLEMAS RESPIRATORIOS, ALÉRTE SE CONTRA POSIBLES CONTAGIOS.
- SI EL PACIENTE TIENE ARTRITIS, HABRÁ ALTERACIONES E-INFLAMACIONES DE LAS ARTICULACIONES TEMPORO-MANDIBULARES.
- SI EL PACIENTE TIENE DOLORES EN EL CUELLO, PUEDE SER SÍNTOMA DE PROBLEMA DISFUNCIONAL DOLOROSO.
- SI EL PACIENTE ES ALÉRGICO A MEDICAMENTOS, NOS GUIARÁ AL TIPO DE MEDICAMENTO QUE SE HA DE ADMINISTRAR.
- SI LA PACIENTE ESTÁ EMBARAZADA, LAS RESPUESTAS EXAGERADAS DE ENCÍAS A LA IRRITACIÓN LOCAL, DEBIDO A DESEQUILIBRIOS HORMONALES, HARÁ POSPONER EL TRATAMIENTO-HASTA EL FINAL DEL EMBARAZO.

LA PARTE III, DEDICADA EXCLUSIVAMENTE A LOS ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS, ES EN EXTREMO IMPORTANTE PARA DETERMINAR CON EXACTITUD, EL ESTADO PSÍQUICO DEL PACIENTE ANTES DE EMPEZAR TRATAMIENTO ALGUNO. LAS TENSIONES NERVIOSAS Y LOS FACTORES DE ANSIEDAD ESTÁN FRECUENTEMENTE RELACIONADOS DIRECTA O INDIRECTAMENTE A DESARMONÍAS DEL SISTEMA GNÁTICO.

CUANDO EL PACIENTE CURSA SEVEROS TRASTORNOS PSÍQUICOS SE RECOMIENDA LA PSICOTERAPIA ANTES DE INICIAR EL TRABAJO.

LA PARTE IV, CON SUS DOCE PARTES NOS SIRVE PARA CONOCER Y VALORAR A NUESTRO PACIENTE. ES DIFÍCIL ENCONTRAR PACIENTES QUE NO HAYAN TENIDO EXPERIENCIAS DENTALES, ESPECIALMENTE LOS ADULTOS. ELLOS LLEVAN IMPRESIONES POSITIVAS O NEGATIVAS, RELATIVAS A LO QUE SERÁ O DEBE SER ESTA NUEVA EXPERIENCIA DENTAL. ¿ES SEGURO QUE HABRÁ ALTERAMIENTO? EL ALTERAMIENTO DE ESTAS IMPRESIONES ESTABLECERÁN DESDE UN PRINCIPIO UNA BUENA RELACION ENTRE CLÍNICO Y PACIENTE.

ES ÚTIL SABER LA FECHA DE SU ULTIMO TRATAMIENTO, CUANTO TIEMPO ESTUVO AL CUIDADO DE OTRO DENTISTA, PORQUE LO ABANDONÓ O POR QUE DESCONTINUÓ SU TRATAMIENTO Y SI REALIZÓ UN TRABAJO GRANDE EN LOS ÚLTIMOS AÑOS.

PARA HACER UNA HISTORIA CLÍNICA ES PRECISO UNIFORMAR CIERTOS CRITERIOS CON APRECIACIÓN INDIVIDUAL DE ALGUNOS DATOS COMO:

UN CHASQUIDO ES UN RUIDO ARTICULAR AUDIBLE CON O SIN ESTETOSCOPIO. EN SI, ES UN PELLIZCAMIENTO QUE SUFRE EL MENISCO ENTRE LA SUPERFICIE ÓSEA DE ALGUNA ARTICULACIÓN, CUANDO ÉSTE ES MOVIDO AL LUGAR INADECUADO POR LAS CONTRACCIONES

INCOORDINADAS DE LAS FIBRAS DEL PTERIGOIDEO EXTERNO. EL RUIDO PUEDE SER, FUERTE, MODERADO O DEBIL, PRECISO, BIEN DE LINEADO, AGUDO E INCONFUNDIBLE CON OTROS RUIDOS DEL ORGANISMO HUMANO.

EL DOLOR ES UNA MANIFESTACIÓN SUBJETIVA DEL SISTEMA NERVIOSO CENTRAL, QUE OCURRE COMO REACCIÓN A UN ESTÍMULO ADECUADO Y ES EL SÍNTOMA MÁS FRECUENTE DE LA ENFERMEDAD, DE LA LESIÓN Y DE LA SOMATIZACIÓN DE ALGUNOS PROBLEMAS PSÍQUICOS.

LA FALTA DE INSTRUMENTOS Y MEDIDAS OBJETIVAS ADECUADAS PARA CUANTIFICAR LA INTENSIDAD DEL DOLOR O LA MEJORÍA DEL SÍNTOMA, UNIDA A LA VARIEDAD DE LOS PACIENTES Y LA INFLUENCIA DE LOS FACTORES AMBIENTALES OBLIGAN A RECURRIR A SIGNOS (CRUCES) QUE NOS INDIQUEN:

MOLESTIAS (+), DOLOR (++) , DOLOR AGUDO(+++).

LAS PREGUNTAS DE ESTA PARTE NOS INDICAN CLARAMENTE, SI SU RESPUESTA ES AFIRMATIVA, QUE HAY UNA ALTERACIÓN EN EL SISTEMA GNÁTICO QUE INDICA DISFUNCIÓN TEMPORO-MANDIBULAR.

LA DIFICULTAD AL ABRIR Y/O CERRAR ES FÁCILMENTE PERCEPTIBLE VISUALMENTE. EN CAMBIO LA DESVIACIÓN MANDIBULAR PUEDE APRECIARSE MEJOR SI SE DIBUJA UN PUNTO SOBRE EL MENTÓN DEL PACIENTE Y SE COLOCA UNA REGLA EN SENTIDO VERTICAL SOBRE EL PUNTO Y SE LE PIDE AL PACIENTE HAGA MOVIMIENTOS DE APERTURA/CERRADO Y SE VERÁ SI EL PUNTO SE APARTA DE LA REGLA O SE ESCONDE DETRÁS DE ELLA. ES UN EJERCICIO FÁCIL DE REALIZAR PARA DETECTAR LA ALTERACIÓN.

LA MASTICACIÓN DEBE SER APRECIADA DIRECTAMENTE POR EL OPERADOR Y NO DEJARSE INFLUIR POR LA RESPUESTA DEL PACIENTE UTILIZAMOS UN TROZO DE CERA PARA QUE LO MASTIQUE LIBREMENTE Y SEPARAMOS SUS LABIOS PARA VER CON FACILIDAD EL ESTADO DE SUS MOVIMIENTOS MANDIBULARES.

EN LA PARTE DE HÁBITOS, ES SORPRENDENTE EL NÚMERO DE PACIENTES QUE CONTESTAN UNA NEGATIVA A LA PRESENCIA DE ELLOS. UNA RESPUESTA NO ES COMÚN, QUIZAS PORQUE EL PACIENTE NO HA LLEVADO A SU CONCIENCIA ESTE HÁBITO POR SER DE NATURALEZA INCONSCIENTE. EL EXAMINADOR ASTUTO NO DEBERÁ DAR POR NEGATIVA ESTA DECISIÓN Y PODRÁ CORROBORAR DESPUÉS LA EXISTENCIA DE HÁBITOS EN LOS MODELOS DE ESTUDIO, OBSERVANDO LA FACETA O FACETAS OCLUSALES OCASIONADAS POR EJEMPLO EN EL BRUXISMO. SON HÁBITOS COMUNES Y POCO INTERROGABLES EL MASTICAR CHICLE, DORMIR CON ALMOHADAS ALTAS, BAJAS, DURAS O BLANDAS O SIN ELLAS.

EL EXAMEN EXTRAORAL NOS DA PAUTA SOBRE:

ASIMETRÍA FACIAL, QUE PUEDE SER POR DISPARIDAD ESQUELÉTICA O POR MALA POSICIÓN MANDIBULAR, POR PROBLEMAS NEUROMUSCULARES O MALA OCLUSIÓN, OCASIONALMENTE LAS NEOPLASIAS SON LAS CAUSANTES DE ÉSTA.

POSICIÓN LABIAL, SE OBSERVA CUANDO LOS LABIOS ESTÁN EN DESCANSO Y EXHIBEN UNA TONALIDAD ADECUADA. LOS RESPIRADORES ORALES, TIENDEN A CAUSAR ALTERACIONES EN EL TONO MUSCULAR, FLACIDE.

HIPERTROFIA MUSCULAR, NOS INDICA UNA PARAFUNCIÓN COMO BRUXISMO Y/O APRETAMIENTO.

LA EVALUACIÓN CLÍNICA ES MUY IMPORTANTE, PARA UN DIAGNOSTICO DE DISFUNCIÓN MANDIBULAR.

LA PALPACIÓN Y LA AUSCULTACIÓN DE LAS ARTICULACIONES, ASÍ COMO DE LA PALPACIÓN DE MÚSCULOS SON BÁSICOS.

LA CREPITACIÓN ES OTRO RUIDO ARTICULAR, PROVOCADO POR DOS SUPERFICIES CRUENTAS QUE ROZAN ASEMEJANDO EL CRUJIR DE UN PELDAÑO DE MADERA AL SER PISADO. ES AUDIBLE POR ESTETOSCOPIO, EN LA CAUSE DOS COMUNMENTE.

LA PALPACIÓN ARTICULAR SE HACE COLOCÁNDOSE ENFRENTA -- DEL PACIENTE Y CON LA YEMA DE LOS DEDOS ÍNDICES COLOCADOS-- EN LA REGIÓN ARTICULAR, PEDIRLE QUE HAGA TRES MOVIMIENTOS,-- TOMANDO EL DATO AL TÉRMINO DE CADA UNO; EL PRIMERO DE BORDE A BORDE, EL SEGUNDO DE LATERALIDAD, EL TERCERO APERTURA Y -- CIERRE DE LA MANDÍBULA, CAPTANDO EL DOLOR O MOLESTIA AL HACERLOS.

LA PALPACIÓN MUSCULAR LLEVA UN ORDEN COMENZANDO POR -- LOS EXTREMOS Y LUEGO LOS INTERNOS (PTERIGOIDEOS) Y ÉSTA ES CON EL PULPEJO DEL DEDO, PERPENDICULAR A LA MASA MUSCULAR.

LA MIALGIA SE CARACTERIZA POR SENSIBILIDAD LOCALIZADA EN EL MÚSCULO AFECTADO Y POR SU CONTRACCIÓN ESPÁTICA. ESTOS FENÓMENOS SE OBSERVAN A LA PALPACIÓN DIGITAL.

EXISTEN PRUEBAS LLAMADAS DE PROVOCACIÓN QUE PUEDEN DESENCADENAR UN ESPASMO, POR EJEMPLO, AL HACER COINCIDIR FASES DE DESGASTE INFERIORES CON SUPERIORES SE PRESENTARÁ DOLOR SI LA ETIOLOGÍA ES DE ORIGEN OCLUSAL POR PARAFUNCIÓN COMO BRUXISMO.

EL EXAMEN PARODONTAL SE DETERMINA CON EL USO DE UNA -- SONDA PARODONTAL PARALELA AL EJE MAYOR DEL DIENTE Y CIRCUN-- DÁNDOLO PARA INSPECCIONAR LESIONES INFRAÓSEAS, CON EL OBJE-- TO DE CONOCER LA DISFUNCIÓN AFECTAL PARADONTO Y EN QUE A ME DIDA A LA OCLUSIÓN, ARTICULACIONES Y MUSCULATURA.

LA MOVILIDAD DENTARIA SE DETERMINA CON LOS MANGOS DE-- DOS INSTRUMENTOS Y CON ELLOS SE EJERCEN MOVIMIENTOS PARA MO VER EN TODOS LOS SENTIDOS AL DIENTE. DE ACUERDO A ÉSTAS-- SE CLASIFICA EN:

a) +, b) 1+, c) 2, e) 3.

LA RECESIÓN GINGIVAL SERÁ LA DISTANCIA ENTRE EL MARGEN Y LA UNIÓN CEMENTO-ESMALTE.

LAS LLAMADAS FURCACIONES DEBEN SONDEARSE EN SUPERIORES DESDE PALATINO HACIA MESIAL Y DISTAL, CON UN INSTRUMENTO -- CURVO. LOS PUNTOS 5, 6, 7, 9, SON CARACTERÍSTICAS VISI--- BLES AL EXAMEN CLÍNICO Y QUE PUEDEN DETERMINAR EL PRONÓSTI-- CO DE UN CASO DADO. HABLEMOS DE LA INTERPRETACIÓN RADIO-- GRÁFICA, YA QUE NOS CONFIRMA LO ANTERIOR. EL LIGAMENTO PA RODONTAL AUMENTADO ES CAUSA DE UNA MALA OCLUSIÓN Y/O PARO-- DONTOS DETERIORADOS. FORMA Y LONGITUD DE LAS RAÍCES, TAN-- TO EN SOPORTE COMO EN FORMA Y EL SEPTUM INTERDENTAL SON IN-- DISPENSABLES PARA UN BUEN SOPORTE, GINGIVAL Y ÓSEO.

EL EXAMEN OCLUSAL INCLUYE VARIAS MANIOBRAS QUE SON DE-- GRAN UTILIDAD AL CLÍNICO. UNA DE LAS MÁS SIGNIFICANTES ES LA MEDIACIÓN DE LA APERTURA MÁXIMA DESDE OCLUSIÓN CÉNTRICA-- HASTA UNA POSICIÓN EXTREMA, MÍDASE BORDE A BORDE DE INCISI-- VOS SUPERIORES E INFERIORES (NORMAL 40mm.) Y SI ES EDÉNTULO EN ANTERIORES DE BORDE ALVEOLAR A OTRO. LA APERTURA EN -

UNA MUJER ES MÍNIMA SI LA APERTURA ES DE 26 a 30mm., NO INDICA UNA PARAFUNCIÓN MÚSCULO ARTICULAR DÁNDONOS UN MAL PRONÓSTICO Y SI ES MAYOR DE 40mm, ES MEJOR SU FUNCIONAMIENTO.

LOS SUJETOS CON APERTURA REDUCIDA SE ACOMPAÑAN DE DOLOR Y DE SONIDOS ARTICULARES OPACOS AL GOLPETEAR LOS DIENTES Y ADOLORAMIENTO DE LOS MASETEROS (BRUXISMO Y/O APRETAMIENTO).

SE DEBEN DE TOMAR EL DESLIZAMIENTO LATERAL Y ALTERIOR, MARCANDO LÍNEAS CON LÁPIZ EN:

- a) CARA VESTIBULAR DE PREMOLAR SUPERIOR HASTA EL PREMOLAR INFERIOR EN OCLUSIÓN CÉNTRICA DEL PACIENTE (DECONVENIENCIA) Y LUEGO SE COMPARA PARA CON LO QUE DEBERÍA DE TENER Y ASÍ SE MIDE LA DIFERENCIA, LA CUAL DEBE DESAPARECER DESPUÉS DEL TRATAMIENTO (DESLIZAMIENTO ANTERIOR).

LAS INTERFERENCIAS OCLUSALES EN LOS MODELOS SE HACEN SIGUIENDO LAS CUATRO POSICIONES MANDIBULARES DIAGNÓSTICAS Y SE UTILIZA EL PAPEL DE ARTICULAR DETERMINANDO LAS DISOLCUSIONES ANTERIORES Y POSTERIORES, (EN MOVIMIENTOS EXCÉNTRICOS).

SE HACEN LAS MISMAS OPERACIONES DE DESLIZAMIENTOS EN LOS MODELOS PARTIENDO DE OCLUSIÓN CÉNTRICA CON UN LÁPIZ Y UNA REGLA FLEXIBLES.

LAS SOBREMORDIDAS VERTICALES ANTERIORES:

LEVE  $\frac{1}{2}$ mm. A 2 mm.

MODERADA 2mm. A 4mm.

SEVERA 4mm. a 6mm.

LAS SOBREMORDIDAS HORIZONTALES ANTERIORES:

LEVE 0mm. a 2mm.

MODERADA 2mm. a 4mm.

SEVERA 4mm. a 6mm.

ES UNA FORMA CONVENIENTE DE DESCARTAR UNA FRACTURA O--  
DEFORMACIÓN SOSPECHOSA.

### 3.- TRATAMIENTO INMEDIATO.

EN SÍ, ÉSTE ES EL AJUSTE OCLUSAL POR DESGASTE SELECTI-  
VO, EN CONJUNTO CON APARATOLOGÍA (GUARDA OCLUSAL) COMO TRA-  
TAMIENTO PALIATIVO DE LOS QUE YA HABLAMOS ANTERIORMENTE.

### 4.- TRATAMIENTO MEDIATO:

#### REHABILITACIÓN ORAL A BASE DE PRÓTESIS:

ESTE TRATAMIENTO ES DEFINITIVO, CUANDO EL DESGASTE---  
OCLUSAL DEL BRUXISMO NO ES FISIOLÓGICO EN SUS CARACTERÍSTI-  
CAS, ES DECIR, QUE LA ÚNICA MANERA DE LOGRAR UN RESTABLECI-  
MIENTO TOTAL DE LA OCLUSIÓN FUNCIONAL, ES POR MEDIO DE LA--  
PRÓTESIS, EN LA CUAL TOMAMOS PARTE, EN SUS VENTAJAS PARA --  
CUMPLIR CON LAS NECESIDADES DE NUESTRO CASO EN PARTICULAR.

PARA UN BUEN RESULTADO, DEBEMOS ESTABLECER UN BUEN ---  
PLAN DE TRATAMIENTO, PARA EL CUAL NECESITAMOS CONOCER:

A) ARTICULADORES.

LA EXISTENCIA DE FACTORES Y LEYES DE LA OCLUSIÓN, NOS OBLIGA A INCORPORAR EN LAS REHABILITACIONES OCLUSALES, SEAN ÉSTAS FIJAS, REMOVIBLES, ORTODÓNTICAS O COMBINADAS, EN SÍ-- TODOS ESTOS REINTEGRAN A SU FUNCIÓN NORMAL LAS BOCAS QUE-- HAN SIDO INVALIDADAS.

PARA QUE UNA PRÓTESIS PUEDA LLAMARSE COMPLETA ES INDIS PENSABLE QUE REUNA TODOS ESTOS FACTORES PARA CADA CASO EN PARTICULAR, PUES DE AQUÍ DERIVA SI UN TRABAJO ES BUENO O ES MALO. ES FÁCIL ENTENDER QUE ESTOS FACTORES TAN DESEADOS PA RA LOGRAR UN TRABAJO SATISFACTORIO, NO PUEDAN REALIZARSE, NI PERMITAN EL ANÁLISIS FINAL EN LA BOCA DE LOS PACIENTES.

ES POR LO TANTO NECESARIO EL USO DE UN ARTICULADOR DE PRECISIÓ..

EXISTEN TRES TIPOS DE ARTICULADORES:

- a) DE BISAGRA.
- b) SEMI-AJUSTABLES.
- c) TOTALMENTE AJUSTABLES.

LOS DE BISAGRA.- NO SON MÁS QUE ANTAGONIZADORES DE MODELOS PORQUE NO TIENEN MECANISMO, NI LA POSIBILIDAD DE ALMA CENAR NINGÚN FACTOR DE OCLUSIÓN. SOLO SOSTIENE LOS MODE-- LOS JUSTOS.

LOS SEMI-AJUSTABLES.- PERMITEN LA INCORPORACIÓN DE ALGUNOS FACTORES Y DETERMINANTES DE LA OCLUSIÓN TALES COMO:

- a) RELACIÓN CÉNTRICA.
- b) ORIENTACIÓN DE MODELO SUPERIOR A UN PLANO COSTANTE Y POR CONSIGUIENTE LA ORIENTACIÓN DEL MODELO INFERIOR.
- c) EJE INTERCONDILAR BASTANTE EXACTO Y REPETIBLE.
- d) MOVIMIENTOS EXCÉNTRICOS.

EN ESTOS, EL TRABAJO DE PUENTES FIJOS, INCRUSTACIONES-- POR CUADRANTES, PLACAS PARCIALES PROVISIONALES, SE PUEDEN -- REALIZAR CON UN MÍNIMO DE RETOQUE EN LA BOCA.

LOS TOTALMENTE AJUSTABLES.- SE UTILIZAN EN REHABILITA-- CIONES OCLUSALES FIJAS, REMOVIBLES Y TOTALES, DEBEN CONOCERSE Y COMPRENDERSE REVISANDO ALGUNOS CONCEPTOS QUE ACLARAN SU UTILIDAD Y NECESIDAD.

LOS PROPÓSITOS DE ÉSTOS ES QUE NO ES UNA BOCA, NI UN PA CIENTE, ES UN INSTRUMENTO DIAGNÓSTICO CAPAZ DE RECIBIR Y DE REGISTRAR LAS RELACIONES CRÁNEO DENTALES MAXILO-MANDIBULARES LOS TRES PLANOS DIMENSIONALES, LOS EJES DE LAS ROTACIONES -- MANDIBULARES, Y LA TRAYECTORIA EN QUE ESTOS EJES VIAJAN EN-- LOS VARIADOS MOVIMIENTOS DE LA MANDÍBULA, DATOS MUY IMPORTAN TES PARA LA PRÓTESIS.

EL PROCEDIMIENTO COMIENZA COLOCANDO SOBRE LOS DIENTES-- TANTO SUPERIORES COMO INFERIORES UNOS APARATOS, CONSTRUIDOS-- PARA CADA PACIENTE, LLAMADO "CLUTCHES" Y QUE SIRVEN PARA SOS TENER AL ODONTÓGRAFOY PARA EVITAR QUE SEAN LOS DIENTES LOS-- QUE GUÍEN LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES QUE SE HAN DE REGIS-- TRAR.

COMENTADOS TEMPORALMENTE LOS CLUTCHES SOBRE LOS DIENTES SE PROCEDE A COLOCAR EL GNATÓGRAFO QUE ES UN APARATO QUE TIE

NE SEIS PLATINAS SOBRE LAS CUALES VAN A INSCRIBIRSE LOS --- DIECIOCHO TRAZOS DE LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES POR MEDIO-- DE ESTILETES INDICADORES GRABARÁN SOBRE ELLA EN LOS TRES PLA NOS CONOCIDOS (HORIZONTAL, VERTICAL Y SAGITAL).

ESTOS TRAZOS TRIDIMENSIONALES DEBEN DE SER REPRODUCIDOS EN TODA TRAYECTORIA POR EL ARTICULADOR, QUE POSEE LA VERSATILIDAD DE ADAPTARSE A CADA CASO PARTICULAR POR MEDIO DEL--- AJUSTE DE SUS PARTES MECÁNICAS.

AL REPRODUCIR EL ARTICULADOR CADA UNO DE LOS TRAZOS, -- TENDREMOS EN EL INSTRUMENTO TODOS LOS FACTORES OCLUSALES NECESARIOS PARA RECONSTRUIR CARAS OCLUSALES DE ACUERDO Y EN AR MONÍA CON ELLOS.

CADA PACIENTE TIENE TRAZOS DIFERENTES YAJUSTES MECÁNI-- COS DEL ARTICULADOR EN ESTE CASO ANOTAREMOS ÉSTOS EN UNA TAR JETA PARA CONTROL.

CONCRETANDO, UN ARTICULADOR AJUSTABLE DEBE EJECUTAR LAS SIGUIENTES FUNCIONES:

- 1.- ESTUDIAR Y ANALIZAR LOS MODELOS DE DIAGNÓSTICO.
- 2.- ENCERAR SOBRE LOS MODELOS LAS SUPERFICIES OCLUSALES ANTES DE HACER CORTES DEFINITIVOS EN LA BOCA.
- 3.- DEFINIR LOS VACIADOS FINALES (REMONTAR).
- 4.- ESTUDIAR Y ANALIZAR LA OCLUSIÓN EN LOS MODELOS FINA LES.

EN EL ARTICULADOR DEBEN HACERSE Y CORREGIRSE TODOS LOS PASOS TECNICOS PARA CUANDO EL CASO LLEGUE A LA BOCA, NO DEBEN HACERSE CORRECCIONES ULTERIORES.

ES BÁSICO EL USO DEL ARTICULADOR EN LA REALIZACIÓN DE PRÓTESIS. NO IMPORTANDO EL TIPO DE INSTRUMENTAL, MIENTRAS TENGAN LA MISMA FINALIDAD. ESTOS A SU VEZ SE CLASIFICAN EN TRES GRUPOS, QUE REPRODUCEN LOS MOVIMIENTOS MANDIBULARES.

EL MÁS SENCILLO ES EL LLAMADO GRUPO DE BISAGRA, EL MOTIVO DE SU POPULARIDAD SE DEBE A QUE BASTA TENER UNA RELACIÓN-INTERMAXILAR PARA ASEGURAR LOS MODELOS DEL APARATO Y PROCEDER DE INMEDIATO A TRABAJAR CON ELLOS.

EL OTRO GRUPO SON LOS SEMIAJUSTABLES. EL PROCEDIMIENTO DE CALIBRACIÓN DE ESTOS APARATOS REQUIERE EL USO DE "ARCO FACIAL", ASÍ COMO DE RELACIONES CÉNTRICAS LATERALES.

POR ÚLTIMO LOS TOTALMENTE AJUSTABLES. ELLOS SON LOS MENOS DIFUNDIDOS, PROBABLEMENTE POR LA DIFICULTAD QUE PRESENTA SU MANEJO Y COSTO MUY ELEVADO.

#### B) ARCO FACIAL.

LOS MODELOS DE LOS ARCOS DENTARIOS REQUIEREN DE ORIENTACIÓN EN UN INSTRUMENTO, LO QUE NOS PERMITE REALIZAR EN ÉLLAS LAS LABORES CON MAYOR EXACTITUD PARA TRANSFERIR AL ARTICULADOR LAS RELACIONES DEL PACIENTE QUE UTILIZAN EL ARCO FACIAL, LA RELACIÓN CÉNTRICA Y MOVIMIENTOS DE LATERALIDADES.

EL ARCO FACIAL PERMITE RELACIONAR EL PLANO OCLUSAL DEL ARCO SUPERIOR AL EJE DE BISAGRA, Y EN POSICIÓN HORIZONTAL CON RESPECTO A LA MESA DE TRABAJO. EL QUE A CONTINUACIÓN MENCIONAREMOS ES DE LA CASA WHIPMIX QUE ADEMÁS DE ÉSTAS DOS PARTICULARIDADES TAMBIÉN NOS DA LA DISTANCIA INTERCONDÍLEA.

CONSTITUIDO POR PIEZAS METÁLICAS, SALVO DOS DE ELLAS, - MUY LIVIANAS Y ENSAMBLADAS ENTRE SÍ. DOS BARRAS LATERALES- QUE SE UNEN EN LA PARTE MEDIA ANTERIOR A TRAVÉS DE UN TORNILLO, EL CUAL ESTÁ SEÑALADO. AL FINAL DE AMBAS SE APRECIAN- DOS PROLONGACIONES DE PLASTICO REDONDEADAS LLAMADAS OLIVAS. PRESENTA UNA BARRA PERFORADA POR SUS EXTREMOS, QUE SE ATOR-- NILLA A LAS LATERALES FIJÁNDOLAS ENTRE SÍ EN LA PARTE INFE-- RIOR DE LA MISMA SE ENCUENTRA UN VÁSTAGO DONDE SE COLOCA UNA ABRAZADERA QUE PERMITA HACER MOVIMIENTOS UNIVERSALES, UN PO- SICIONADOR NASAL QUE SE COLOCA EN LA BARRA PERFORADA Y POR - ÚLTIMO, UN DESTORNILLADOR PARA ACTIVAR LAS ABRAZADERAS.

EN LA HORQUILLA SE COLOCA UNA LÁMINA DE CERA TANTO PARA EL ARCO SUPERIOR COMO EL INFERIOR, CONTORNEADO A LA FORMA -- DEL ARCO. SE RELACIONA LA MANDÍBULA EN CENTRICA Y SE HACE- CONTACTO CON LA CERA DEL ARCO INFERIOR, YA QUE ES INDISPENSA BLE QUE LAS MARCAS QUE SE OBTENGAN SEAN EXACTAS, MÁS BIEN LO QUE SE PERSIGUE ES QUE LA PIEZA QUEDE ESTABLE. SE RETIRA - DE LA BOCA Y, SE COMPRUEBA QUE EL REGISTRO EN LA PORCIÓN SU- PERIOR TENGA TRES PUNTOS COMO MÍNIMO, REPARTIDOS A AMBOS LA- DOS DE LA LÍNEA MEDIA PARA QUE EL MODELO QUE SE POSICIONE -- QUEDE ASEGURADO. TAMBIÉN SE TENDRÁ EL CUIDADO NECESARIO -- PARA QUE EL VÁSTAGO QUEDE EN EL CENTRO Y QUE SU POSICIÓN HA- CIA ADELANTE SEA PERPENDICULAR A LA CARA DEL INDIVIDUO.

SE PROCEDE A AFLOJAR LOS TORNILLOS QUE UNEN LAS BARRAS- LATERALES PARA QUE ESTAS ABRAN Y CIERREN SIN QUE DEFORME EL- ARCO FACIAL. LAS ABRAZADERAS SERÁN AFLOJADAS PARA PODER VA RIAR LA POSICIÓN. SE LLEVAN LAS OLIVAS A LAS MEATOS AUDITI VOS EXTERNOS, LUEGO SE LE PIDE AL PACIENTE QUE TOMA CON SUS- MANOS LOS EXTREMOS DE LAS BARRAS Y LAS MANTENGA EN ESTA POSI CIÓN. ESTO ES MUY IMPORTANTE, PUES TENDREMOS UN CONTROL VA

ESTA TESIS NO DEBE  
SALIR DE LA BIBLIOTECA

RIANTE SI LAS SUJETAMOS NOSOTROS Y POR LA PRESIÓN EJERCIDA--  
PODEMOS DAÑAR AL PACIENTE.

EL POSICIONADOR NASAL POSEE UNA RANURA QUE SE ENSAMBLA-  
EN LA BARRA TRANSVERSAL, QUE POR LA PARTE SUPERIOR ESTÁ PER-  
FORADA Y PASA UN TUBO QUE TERMINA EN UN HEMICILINDRO PLÁSTI-  
CO CUYA CURVA SE COLOCA ENTRE LA NARIZ Y LA FRENTE AL PRESIO-  
NAR POR EL EXTREMO OPUESTO, EL ARCO FACIAL SE UBICA LO MÁS--  
APROXIMADO AL PLANO DE FRANKFORD. SE ASEGURAN LOS TORNI---  
LLOS DE MANEJO MANUAL COMENZANDO POR EL POSICIONADOR NASAL.  
UNA VEZ ESTABLECIDA ESTA POSICIÓN, SE PROCEDE A ASEGURAR LA-  
ABRAZADERA DOBLE. DEBE TOMARSE PRECAUCIÓN Y DE PRIMERO HA-  
CERLO CON EL TORNILLO INFERIOR, YA QUE EN OCASIONES MODIFICA  
LA POSICIÓN DE LA ABRAZADERA. HASTA AHORA SE HAN RELACIONA-  
DO TODAS LAS MANIOBRAS SIN PRODUCIR LA MENOR IRRITACIÓN A --  
LOS TEJIDOS DONDE SE ENCUENTRA COLOCADO EL ARCO FACIAL. ESTO  
ES MUY IMPORTANTE, SOBRE TODO EN LOS MEATOS AUDITIVOS EXTER-  
NOS, PUES AL ACOMODAR EL POSICIONADOR NASAL, SE PUEDE LASTI-  
MAR AL PACIENTE, LO CUAL DEBE EVITARSE.

DESPUÉS DE HABER POSICIONADO EL ARCO FACIAL, SE OBSERVA  
RA EN LA PARTE DONDE SE UNEN LAS BARRAS, QUE INDICAN SOLO 3-  
POSIBILIDADES DE DISTANCIA INTERCONDÍLEA; SE ANOTA EN LA FI-  
CHA CLÍNICA DEL PACIENTE.

HABIENDO TOMADO TODOS LOS DATOS NECESARIOS, SE RETIRA--  
PRIMERO EL POSICIONADOR NASAL, DE INMEDIATO EL TORNILLO QUE-  
UNE LAS BARRAS LATERALES, PARA PODER QUITAR LAS OLIVAS Y POR  
ÚLTIMO, TODO EL APARATO JUNTO CON LA HORQUILLA.

EL COMPLEMENTO INDISPENSABLE PARA EL ARCO FACIAL LO CONS-  
TITUYEN LA RELACIÓN CÉNTRICA Y LAS LATERALIDADES; PARA LA --  
PRIMERA, SE UTILIZAN LÁMINAS DE CERA EN FORMA DE HERRADURA.

LA OTRA CONSISTE EN ADAPTAR UNA PLANCHA METÁLICA A LOS ARCOS O RECUBRIRLA CON PASTA CINQUENÓLICA.

SE COLOCAN LAS CERAS PREFORMADAS SOBRE EL PLANO OCLUSAL DEL ARCO SUPERIOR Y SE ADOSAN A TODA LA SUPERFICIE DENTARIA. SE GUÍA LA MANDÍBULA A RELACIÓN CÉNTRICA Y SE IMPRIMEN LAS-- HUELLAS DEL ARCO INFERIOR EN LA CERA. SE ABATE LA MANDÍBULA REPETIDAS VECES PARA COMPROBAR QUE ES LA RELACIÓN CÉNTRICA VERDADERA Y ÚNICA.

LA OBTENCIÓN DE LATERALIDADES DE LA ESTRUCTURA DENTARIA ES PRECISO PERCATARSE QUE SEPARACIÓN EXISTE ENTRE LOS PLANOS OCLUSALES; TANTO EN EL LADO DE BALANCE COMO EL DE TRABAJO. SE CONFECCIONARÁ EL GROSOR DE LA CERA EN TAL FORMA QUE PUEDA COPIARSE AMBOS ARCOS EN ESTA POSICIÓN DIAGNÓSTICA; DESPUÉS-- SE CORTA UN TRIÁNGULO EN EL ÁREA DEL CAMINO, QUE ES EL QUE - HA DE OBSERVARSE EN EL LADO DE TRABAJO. MARCÁNDONOS LA MAGNITUD DEL DESPLAZAMIENTO LATERAL.

C) ENCERADO OCLUSAL DIAGNÓSTICO:

ESTE TIPO DE EN CERADO ES INDISPENSABLE EN CASO DE UN-- PATOLOGÍA BUCAL, ASÍ COMO, DIENTES FALTANTES, MOVILIDAD, TR-- TAMIENTOS DEFICIENTES PARODONTOSIS, PERO EN NUESTRO CASO MUY-- PARTICULAR, ES DIFÍCIL SABER CUANDO EL DESGASTE ES FISIOLÓGI-- CO PARA TRANSFORMARSE EN PATOLÓGICO.

EN BASE A ESTE ESTUDIO, ES IMPORTANTE DETERMINAR LAS NE-- CESIDADES DE LOS ARCOS DENTARIOS Y, EN CONSECUENCIA PLANEAR-- EL TIPO DE ANATOMÍA OCLUSAL APROPIADA PARA CASO EN PARTICU-- LAR. TAMBIÉN NOS PERMITE UNA POSIBLE MODIFICACIÓN DE GUÍA-- INCISAL Y CANINOS, TODO CON LA FINALIDAD DE DAR ESTÉTICA Y-- FUNCIONALIDAD.

EN SÍ, ESTE ENCERADO ES DE LA SIGUIENTE MANERA:

- a) YA OBTENIDOS LOS DATOS PANTOGRÁFICOS DEL PACIENTE, ASÍ COMO SUS MODELOS DE ESTUDIO, SE PROCEDE A MONTARLOS EN EL ARTICULADOR POR MEDIO DE UN ARCO FACIAL.
- b) DESPUÉS DE MONTADOS LOS MODELOS, SE MARCA CON LAS SUPERFICIES DETRIORADAS O DESGASTADAS PARA RECONSTRUIRLAS CON CERA, ESTO ES POR MEDIO DE UN LÁPIZ DE PUNTA FINA DELIMITANDO CADA SUPERFICIE ALTERADA POR ACCION FISIOLÓGICA O PATOLÓGICA.
- c) SE CUBREN CON CERA LAS PARTES MARCADAS CON EL LÁPIZ EMPEZANDO POR EL ÁNGULO Y SUBIENDO POR LOS BORDES MESIAL Y DISTAL, HASTA TERMINAR EN EL BORDE INCISAL EMPEZANDO POR EL CANINO, PARA MARCAR LA GUÍA INCISAL, LA CARA PALATINA ES LA ÚLTIMA EN ENCERARSE, YA HECHO ESTO, SE MARCA CON UN PINCEL CON ESTEREOATO DE ZINC SOBRE LA CERA, PARA QUE LOS MOVIMIENTOS DE CÉNTRICA A EXCÉNTRICA DEL ANTAGONISTA SE MARQUEN EN LA CERA, ESTO ES, EMPEZANDO POR EL CANINO DERECHO Y LUEGO EL IZQUIERDO.
- d) LUEGO SE CONTINÚA CON EL INCISIVO CON EL MISMO MÉTODO DE PIEZA POR PIEZA, YA TERMINANDO ESTO SE PROCEDE A TRANSPORTAR LA TRAYECTORIA CONDÍLEA A LA PALATINA INCISIVA DEL INSTRUMENTO POR UNA PLANCHA PLÁSTICA PARA QUE SOBRE ELLA DESCANSE LA GUÍA INCISIVA, QUEDANDO ÉSTA COMO PORTÓN FIJO, EN BASE A ELLA SE HARÁN MOVIMIENTOS DE PROTRUSIÓN Y LATERALIDAD, OBTENIENDO LA POSICIÓN IDEAL PARA PODER ENCERAR LAS PIEZAS POSTERIORES.

D) ENCERADO OCLUSAL DEFINITIVO.

EN SÍ, EL COMPLEMENTO FINAL DE LA ANTERIOR (ENCERADO--  
OCLUSAL DIAGNÓSTICO), ES DECIR, DESPUÉS DE OBTENER LA ANATO  
MÍA OCLUSAL IDEAL, SE BASARÁ UNO EN ÉSTE, PARA HACER LOS --  
PROVISIONALES Y, DESPUÉS DEL DESGASTE DE LAS PIEZAS, SE OB-  
TENDRÁ EL MODELO DE TRABAJO SOBRE EL CUAL SE COLOCARÁN LOS--  
NUEVOS OCLUSALES DEL ENCERADO DIAGNÓSTICO PARA EN BASE A ÉS  
TOS RECONSTRUIR TODA LA CORONA CLÍNICA CON CERA Y ASÍ DAR -  
EL ENCERADO DEFINITIVO EN BASE AL CUAL SE HARÁ LA PRÓTESIS.

a) TÉCNICA DE ENCERADO:

EN SÍ, EL ENCERADO ES LA RECONSTRUCCIÓN POR MEDIO DE--  
CERA, DE LA CARA OCLUSAL O ANATOMÍA OCLUSAL PERDIDA, PARA -  
REPRODUCIR UNA RELACIÓN CUSPIDEAFOSA CON TIPRODISMO IDEAL.

ESTE CONSISTE EN TOMAR UN CUADRANTE DE LOS ARCOS SUPE-  
RIOR E INFERIOR Y RELACIONANDO DEBIDAMENTE EN UN ARTICULA--  
DOR SEMIAJUSTABLE. ES PREFERIBLE, QUE EL MODELO SEA DE UN  
TAMAÑO MAYOR AL NATURAL DE LOS DIENTES, PARA UN ENCERADO --  
MÁS OBJETIVO, SE ELIGEN LOS SEGUNDOS PREMOLARES Y LOS PRIME  
ROS MOLARES A LOS CUALES SE LES RECORTA LA TAPA OCLUSAL ---  
CREANDO UN ESPACIO SUFICIENTE PARA LA REPRODUCCIÓN EN CERA-  
DE LA ANATOMÍA DEL DIENTE.

PASAREMOS AHORA A DETALLAR LOS UTENSILIOS NECESARIOS,-  
ASÍ COMO EL PROCEDIMIENTO:

INSTRUMENTAL:

- 1.- JUEGO DE INSTRUMENTOS DEL DOCTOR PETER K. THOMAS.  
INSTRUMENTO #1 QUE TERMINA EN UNA PUNTA DELGADA Y

CURVA. ACTIVO #2 CON AMBOS LADOS DE TRABAJO QUE TERMINA EN UNA PUNTA MUY DELGADA PARA DETALLES MÁS DELICADOS. ACTIVO #3, CON PUNTAS DE CONO MUY DELGADAS PARA EXCAVAR LOS SURCOS Y RANURAS.

ACTIVO #4, CON EXTREMOS CON PEQUEÑAS HOJAS DE FILO Y CON UNA CURVATURA ADECUADA PARA CONTORNEAR LAS CA RAS DE LA CORONA.

ACTIVO #5, CON EXTREMOS CON HOJAS AFILADAS EN FORMA DE SEMICÍRCULO PARA CONTORNEAR LAS CRESTAS MARGINALES.

2.-PINZAS DE CURACIÓN CON PUNTAS LISAS PARA ACARREAR-- LA CERA Y CHORREARLA SOBRE EL MODELO.

3.-ESPÁTULA #7 "A" , PARA ACARREAR UNA MAYOR CANTIDAD-- DE CERA.

#### MATERIAL:

1.- DIFERENTES TIPOS DE CERA DE CONSISTENCIA REGULAR-- DE BUENA CALIDAD.

2.- POLVO DE ESTEARATO DE ZINC, UN PINCEL DE PELO SUAVE Y OTRO DE MAYOR GROSOR Y FIRMEZA, PARA LIMPIAR EL-- ENCERADO SIN RAYARLO A MEDIDA QUE AVANZA LA LABOR.

3.- UN MECHERO DE ALCOHOL O GAS Y UN LÁPIZ PARA MARCAR LOS MODELOS.

#### PROCEDIMIENTO:

CON LOS INSTRUMENTOS UNO Y DOS, SE LLEVAN A LA FLAMA -- EN SU PARTE MEDIA DE SU PORCIÓN MÁS EXTERNA. SE CALIENTA-- Y SE ADOSA A LA CERA POR LA PARTE DEL LOMO. SE FLAMEA NUE-- VAMENTE Y CON LA PUNTA HACIA ABAJO, NOTAREMOS COMO OCURRE--

LA CERA SOBRE EL MODELO DE TRABAJO.

LUEGO SE PROCEDE A MARCAR CON EL LÁPIZ LA POSICIÓN QUE VAN A TENER LAS CÚSPIDES EN VESTIBULAR LINGUAL Y PALATINO. ESTOS NOS GUIARÁN SOBRE LA UBICACIÓN, ASÍ COMO TAMBIÉN SE MARCA EL SURCO Y SUS ACCESORIOS CON UN MOTOR DE BAJA VELOCIDAD Y UNA FRESA CILÍNDRICA.

SE COLOCA CERA PEGAJOSA EN TODA LA SUPERFICIE OCLUSAL, DANDO MAYOR RETENCIÓN A LA CERA SUBSECUENTE Y EVITAR EL DESPRENDIMIENTO CON LOS MOVIMIENTOS EN EL ARTICULADOR.

LO PRIMERO QUE SE HARÁ ES HACER LAS CÚSPIDES CORTANTES O DE TIJERA QUE SON LAS VESTIBULARES DEL MAXILAR SUPERIOR. USANDO CERA COLOR BLANCO, CON EL INSTRUMENTO #1 CALENTADO EN SU CURVATURA Y SE LLEVA LA CERA AL MODELO HACIENDO MOVIMIENTOS CIRCULARES PARA HACER UN CONO, SE SOPLA SUAVEMENTE PARA QUE SE SOLIDIFIQUE LA CERA.

DE ESTA MANERA SE SIGUEN COLOCANDO TODAS LAS CÚSPIDES DE TODOS LOS DIENTES INVOLUCRADOS.

SE DA COMIENZO A LA COLOCACIÓN DE CÚSPIDES PALATINAS (ESTAMPADORAS) DEL SUPERIOR. EL PROCEDIMIENTO ES IGUAL AL ANTERIOR, PERO CON LA EXCEPCIÓN DE QUE SE USA CERA ROJA PARA SU DISTRIBUCIÓN Y QUE LOS CONOS ESTÉN EN MESIAL DE LA TIJERA. HAY QUE TENER PRESENTE QUE SE ESTÁ RECONSTRUYENDO YA LA OCLUSIÓN, AUNQUE TODAVÍA NO SE TENGA ANTAGONISTA DEBE DE RESPETARSE LA ALTURA DE LOS CONOS Y DARLE CIERTA CURVATURA DE COMPENSACIÓN ANTEROPOSTERIOR (DE SPEE) DEL PLANO OCLUSAL.

SAL.

LOS CONOS POR LA CARA PALATINA DEBEN DE ACERTAR EN LAS FOSAS RESPECTIVA, PARA DARLES ORIENTACIÓN LOS HAREMOS MÁS--LARGOS DE LO NECESARIO. COLOCANDO EXTRACTO DE ZINC O TALCO EN EL INFERIOR Y CERRANDO EL ARTICULADOR SE LOGRARÁ QUE--LOS CONOS HAGAN CONTACTO Y QUEDEN ASI MARCAS EN LA CERA, --LAS CUALES NOS INDICARÁN SI ESTÁ CAYENDO O NO EN LAS FOSAS--FUTURAS. DE ESA MANERA SABREMOS SI SE TIENE QUE MODIFICAR O MOVER HACIA MESIAL, DISTAL, BUCAL O LINGUAL Y, UNA VEZ---CONFORMADOS A SU POSICIÓN SE CORTARÁN A LA ALTURA CORRESPON--DIENTE.

SE PROCEDE A FORMAR LOS CONOS DE LAS CÚSPIDES VESTIBU--LARES DE LOS INFERIORES DE LA MISMA MANERA QUE LOS SUPERIO--RES. DEBE RESPETARSE LA DIRECCIÓN CÚSPIDEA QUE SE MARCÓ--ANTERIORMENTE CON LÁPIZ EN EL YESO, Y TOMANDO EN CUENTA ES--TE ASPECTO, SE REALIZARÁN MOVIMIENTOS CON EL ARTICULADOR---BUSCANDO QUE PUEDAN CURIONAR LOS INFERIORES POR MESIAL DE--LOS SUPERIORES SIN TROPIEZO.

SE COLOCA EN PRIMER TÉRMINO EL CONO CORRESPONDIENTE AL PREMOLAR Y ENSEGUIDA EL DEL MESIAL MEDIO Y DISTAL DEL MOLAR CONFORME SE REALIZA ESTA LABOR, SE IRÁ COMPROBANDO QUE LA--POSICIÓN DEL CONO SEA EN RELACIÓN A LA FOSA SUPERIOR DONDE--DEBE AJUSTARSE HASTA HACER LOS AJUSTES NECESARIOS PARA LO--GRAR SU POSICIÓN ADECUADA. SE APLICA TALCO EN EL SUPERIOR PARA QUE MARQUE DONDE HAY INTERFERENCIA AL OCLUIR.

OBSERVANDO EL MISMO ORDEN QUE SIRVIÓ PARA EL ARCO SUPE--RIOR, SE PROCEDE A COLOCAR LAS CÚSPIDES INFERIORES Y SUS FO--SAS, SE RECTIFICA POR ÚLTIMO EN EL ARTICULADOR CON MOVIMIEN--

TOS DE LATERALIDAD Y PROTRUSIVOS PARA CHECAR QUE NO HAYA --  
TROPIEZOS EN NINGUNA DE ELLAS.

TOCA AHORA CREAR LOS MÁRGENES DE LOS DIENTES COMENZAN-  
DO POR MESIAL DEL PREMOLAR SUPERIOR; ESTA CRESTA SE HACE --  
CON EL INSTRUMENTO NÚMERO UNO, SE CORRE LA CERA DE LA CÚSPI  
DE PALATINA. ES IMPORTANTE HACER LA CRESTA LO MÁS DELINEA  
DO POSIBLE Y DEJARLA PREPARADA PARA YA NO SER TOCADA DE NUE  
VO, HASTA EL ENCERADO FINAL. DESPUÉS, SE PROCEDE A FORMAR  
LA CRESTA MARGINAL DEISTAL.

DEBIDAMENTE TERMINADAS Y SUAVIZADAS LAS CRESTAS PROCE-  
DEMOS A COLOCAR TALCO PARA QUE AL PONER EL ARTICULADOR EN--  
CÉNTRICA LA CRESTA RECIBA TRES CONTACTOS. EL DE PROTRUSI-  
VA, EL DE TRABAJO Y EL DE BALANCE.

YA TERMINADA LA CRESTA SUPERIOR SE HACE LA ANTAGONIS--  
TA ( EL PREMOLAR INFERIOR) DEBE MARCARSE UN SURCO O ESCOTA-  
DURA EN BASE A LA TRAYECTORIA DE LA CÚSPIDE ESTAMPADORA Y -  
ESTA EN EL LÍMITE DEL SURCO DE TRABAJO Y DE BALANCE. SE--  
CONSERVARÁ EL PUNTO DE CONTACTO DE LA CRESTA MESIAL CORRES-  
PONDIENTE A LA PROTRUSIVA Y LAS CRESTAS LATERALES SE DESGAS  
TARÁN PARA DAR PASO A LA CÚSPIDE ESTAMPADORA.

SE TRATAN LAS DEMÁS PIEZAS, SUPERIORES Y LUEGO LAS IN-  
FERIORES, TANTO PREMOLAR COMO MOLARES. EL PRÓXIMO PASO ES  
MODELAR LAS CRESTAS TRIANGULARES QUE FORMAN LAS CÚSPIDES EM  
PEZANDO ~~POR EL PREMOLAR INFERIOR~~ Y LOS MOLARES PIEZA POR --  
PIEZA, CHECANDO CADA UNA EN EL ARTICULADOR, HASTA EL PREMO-  
LAR Y MOLARES INFERIORES. ESTO SE HACE CON EL INSTRUMENTO  
#1, LLEVANDO LA PUNTA DE LA CERA DEL CONO AL CENTRO DE LA -  
PIEZA, DEBIDO AL DISEÑO DE ÉSTAS YA QUE SON DE BASE OCLUSAL  
Y VÉRTICE CUSPIDEO. SU CONFORMACIÓN SE HARÁ SIEMPRE POR LA

VESTIBULAR SUPERIOR, AQUI SE USA EL #5, CON EL CUAL DARE--  
MOS CONVEXIDAD REDONDEADA, PUES EN NINGÚN DETALLE ANATÓMICO  
DE ESTE ENCERADO SE DEJAN BORDES QUE NO SEAN TERSOS. REA-  
LIZADA ESTA OPERACIÓN SE CIERRA EL ARTICULADOR PARA QUE ÉS-  
TA HAGA CONTACTO CON LA DISTOVESTIBULAR INFERIOR.

EL SIGUIENTE PASO CONSISTE EN RELLENAR LAS FOSAS QUE--  
HAN QUEDADO FORMADAS CON LAS CRESTAS TRIANGULARES Y BORDES-  
MARGINALES, ESTO SE HARÁ GOTEANDO CON MUCHO CUIDADO LA CERA  
RESPECTANDO EL TRIPODISMO HASTA AHORA ELABORADO Y CON LOS --  
INSTRUMENTOS UNO Y DOS SE MARCARÁN Y RELLENARÁN LAS FOSAS,-  
SEGÚN SU TAMAÑO. UNA VEZ QUE LA CERA HA OCUPADO TODOS LOS  
ESPACIOS CON EL INSTRUMENTO #3 DE PUNTAS CÓNICAS, SE COMIEN  
ZAN A MARCAR LOS SURCOS DE TRABAJO, BALANCE Y DESARROLLO.  
SE VA TALLANDO Y BRUÑENDO LA ANATOMÍA, PROFUNDIZANDO LAS FO  
SAS EN LA MEDIDA POSIBLE, PERO SIN DESGASTAR MUCHO PARA QUE  
CUANDO SE PULA EL METAL NO SE PERFORE.

AYUDÁNDONOS CON EL #5, LE DAMOS CONTORNO Y REDONDES A-  
LAS CRESTAS MARGINALES. EN ESTE MOMENTO SE DETALLAN LOS -  
TOQUES FINALES PARA TENER UNA ANATOMÍA DESEADA Y ADECUADA.

UNA VEZ TERMINADO EL CASO, SE COLOCA TALCO SOBRE LAS--  
PIEZAS PARA CHECAR CONTACTOS Y TRIPODISMO. DE AQUÍ SE PA-  
SA AL ENCERADO DEFINITIVO QUE ES COMPLETAR LA ANATOMÍA DE--  
LA CORONA CLÍNICA EN EL MODELO DE PIEZAS YA PREPARADAS, DE-  
AQUÍ PASARLAS AL LABORATORIO.

E) PROVISIONALES.

ES IMPORTANTE QUE MIENTRAS SE CONFECCIONA UNA RESTAURA  
CIÓN COLADA, EL O LOS DIENTES PREPARADOS ESTÉN PROTEGIDOS Y  
QUE EL PACIENTE SE ENCUENTRE CÓMODO. SI SE RESUELVE CON--

ÉXITO ESTA FASE DEL TRATAMIENTO, SE EJERCERÁ UNA INFLUENCIA FAVORABLE EN EL RESULTADO FINAL Y EL PACIENTE ACRECENTARÁ SU CONFIANZA EN NOSOTROS.

UNA BUENA RESTAURACIÓN PROVISIONAL DEBE SATISFACER LAS SIGUIENTES CONDICIONES:

PROTECCIÓN PULPAR.- DEBE ESTAR FABRICADA EN UN MATERIAL QUE EVITA CONDUCCIÓN DE TEMPERATURAS EXTREMAS. LOS MÁRGENES DEBEN ESTAR ADAPTADOS DE MODO QUE NO HAYA FILTRACIONES DE SALIVA.

ESTABILIDAD POSICIONAL.- EL DIENTE NO DEBE EXTRUIR NI MIGRAR EN NINGUNA DIRECCIÓN. CUALQUIER MOVIMIENTO REQUIERE AJUSTES O RECTIFICACIONES DE LA RESTAURACIÓN ANTES DE COMENTARLO.

FUNCIÓN OCLUSAL.- HACIENDO QUE LA RESTAURACIÓN TEMPORAL TENGA FUNCIÓN OCLUSAL, SE BENEFICIA EL CONFORT DEL PACIENTE Y SE AYUDA A PREVENIR MIGRACIONES.

FÁCIL LIMPIEZA.- LA RESTAURACIÓN DEBE ESTAR HECHA DE UN MATERIAL Y UNA FORMA QUE FACILITE LA LIMPIEZA DURANTE EL TIEMPO QUE VAYA A PERMANECER EN LA BOCA. PROTEGIENDO LOS TEJIDOS GINGIVALES FAVORECEMOS EL CEMENTADO FINAL.

MÁRGENES NO LESIVO.- ES DE SUMA IMPORTANCIA QUE LOS BORDES NO SEAN NI LARGOS NI CORTOS, NI ÁSPEROS O FILOSOS, YA QUE PROVOCARÍAN HIPERTROFIA, RETRACCIÓN GINGIVAL, E IRRITACIÓN DE LA MUCOSA.

SOLIDEZ Y RETENCIÓN.- LA RESTAURACIÓN DEBE RESISTIR LAS FUERZAS QUE ACTÚAN SOBRE ELLAS SIN ROMPERSE NI DESALOCARSE.

JARSE. DEBE RESISTIR CUANDO ES RETIRADA, PARA COLOCARSE--  
DE NUEVO.

ESTÉTICA.- DEBE PRODUCIR UN BUEN EFECTO.

CORONAS PROVISIONALES DE ACRÍLICO HECHAS A LA MEDIDA.

INSTRUMENTACIÓN:

- 1.- MODELO DE ESTUDIOS.
- 2.- CERA UTILITY.
- 3.- ESPÁTULA #7 "A".
- 4.- CUCHARILLAS PARCIALES.
- 5.- ALGINATO.
- 6.- TAZA DE HULE.
- 7.- ESPÁTULA DE YESO.
- 8.- ESCAYOLA DE FRAGUADO RÁPIDO (SNOW WHITE--  
#2 KERR).
- 9.- CUCHILLO DE LABORATORIO.
- 10.- CEPILLO GRANDE.
- 11.- ESPÁTULA DE CEMENTO.
- 12.- VASO DAPPEN.
- 13.- SEPARADOR DE RESINAS.
- 14.- ACRÍLICO RÁPIDO.
- 15.- GOTERO.
- 16.- ANILLO DE GOMA GRUESA.
- 17.- PIEZA DE MANO DE BAJA.
- 18.- DISCO Y MANDRIL.
- 19.- DISCO LIJA PAPEL.

EL PRIMER PASO CONSISTE EN HACER UNA SOBREIMPRESIÓN---  
DEL DIENTE SIN TALLAR. SI EL DIENTE TIENE UNA LESIÓN, SE-  
RECONSTRUYE EL MODELO CON CERA UTILITY. ESTE PASO SE HACE -  
MIENTRAS HACE EFECTO LA ANESTESIA.

EL MODELO SE MOJA EN LA TAZA DE HULE CON AGUA, ESTO IM  
PIDE LA ADHESIÓN DEL ALGINATO AL YESO. SE COMPRUEBA LA IM  
PRESIÓN Y SE RECORTA EL ALGINATO EXCEDENTE CON EL CUCHILLO  
DEL LABORATORIO. SE ELIMINA UNA LIGERA CAPA DE ALGINATO--  
EN EL SURCO GINGIVAL, PARA ASEGURAR UN PERFECTO ASENTAMIE--  
TO DE MODELO EN LA SOBREPRESIÓN EN POSTERIORES OPERACIO--  
NES. LA SOBREPRESIÓN SE GUARDA EN UNA SERVILLETA HÚMEDA  
Y CÁMARA HÚMEDA.

UNA VEZ TERMINADO EL TALLADO DE LA PIEZA, SE TOMA UNA--  
IMPRESIÓN DEL CUADRANTE CORRESPONDIENTE. ESTA IMPRESIÓN--  
SE CORRE RÁPIDAMENTE CON ESCAYOLA DE FRAGUADO RÁPIDO, QUI--  
TANDO LOS EXCESOS DE MATERIAL. SI ES POSIBLE ESTA IMPRE--  
SIÓN DEBE ABARCAR UNA PIEZA A CADA LADO DE LA PERFORACIÓN.  
LAS PARTES DEL MODELO QUE REPRODUCEN LOS TEJIDOS BLANDOS DE  
BE RECORTARSE A TIEMPO.

COMPRUEBE EL MODELO Y quite todas las perlas de las CA  
RAS OCLUSALES Y DEL SURCO GINGIVAL QUE IMPEDIRÍAN UN ASENTA  
MIENTO CORRECTO. UNA VEZ LIMPIO SE ENCAJONA EN LA SOBREM  
PRESIÓN CONTROLANDO EL PERFECTO AJUSTE.

EL MODELO DEL DIENTE PREPARADO SE PINTA GENEROSAMENTE--  
CON SEPARADOR DE RESINAS, ESPERAMOS EL SECADO DE ÉSTE, PARA  
PREPARAR LA RESINA CLÍNICA. EN UN VASO DAPPEN SE MEZCLAN--  
12 GOTAS DE MONÓMERO POR CADA DIENTE A CUBRIR. PONGA MATE  
RIAL HASTA QUE CUBRA TODA LA PIEZA A RESTAURAR EN LA SOBREM  
IMPRESIÓN.

PONGA EL MODELO DE ESCAYOLA RÁPIDA EN LA SOBREM  
SIÓN Y ASEGURE SU ALINEACIÓN Y ENCAJE PERFECTO. LA PRE---  
SIÓN ES UNIFORME Y SUAVE, UNA VEZ ASENTADO EL MODELO SE SOS  
TIENE FIRMEMENTE POR MEDIO DE UN ANILLO DE GOMA Y ESPERE --

CINCO MINUTOS. EL ANILLO NO DEBE EJERCER FUERZA ALGUNA SÓ LO MANTENER UNIDOS EL MODELO Y LA SOBREIMPRESIÓN. CUANDO-EL ACRÍLICO HAYA POLIMERIZADO, QUITE EL ANILLO DE GOMA Y SE PARE EL MODELO DE LA SOBREIMPRESIÓN. RETIRE LOS EXCEDEN--TES DE ESCAYOLA CON EL CUCHILLO DE LABORATORIO.

EL EXCESO DE ACRÍLICO SE RECORTA CON UN DISCO DE CARTU CHO DE 22mm.

LAS SUPERFICIES AXIALES SE ALISAN CON LIJA DE PAPEL.

INSTRUMENTAL DE CEMENTACIÓN.

- 1.- PAPEL ARTICULADOR.
- 2.- PINZA DE MILLER.
- 3.- PIEZA DE MANO DE BAJA.
- 4.- PIEDRA VERDE.
- 5.- RUEDA DE TRAPO PARA PULIR.
- 6.- PIEDRA POMEZ POLVO.
- 7.- ESPÁTULA DE CEMENTO.
- 8.- BLOQUE DE MEZCLA DE PAPEL.
- 9.- ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL.
- 10.- VASELINA.
- 11.- SONDA.
- 12.- ESPEJO DENTAL.
- 13.- SEDA DENTAL.

LA RESTAURACIÓN SE COLOCA EN LA PIEZA PARA PROBAR OCLU SIÓN CON EL PAPEL ARTICULADOR. SE ELIMINAN LOS CONTACTOS-PREMATUROS CON PIEDRA VERDE, SE CHECAN LOS CONTACTOS CON TE JIDOS BLANDOS Y LUEGO SE PULE CON PIEDRA POMEZ EN LA RUEDA-DE TRAPO. SE DA BRILLO CON OTRA RUEDA DE TRAPO Y PASTA --PULIDORA.

LA RESTAURACIÓN DEBE CEMENTARSE CON ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL DE CONSISTENCIA CREMOSA ESPESA A LA CUAL SE LE AÑADE VASELINA PARA REDUCIR UN POCO SU FUERZA, FACILITANDO EL RETIRADO Y SI EL ESPACIO ES REDUCIDO NO SE COLOCA VASELINA.

YA CEMENTADO SE ELIMINA EL EXCESO DE CEMENTO CON UNA-- SONTA Y EN LOS ESPACIOS INTERPROXIMALES CON LA SEDA DENTAL.

#### PUNTES DE ACRÍLICO PROVISIONALES EN ANTERIORES.

LA INSTRUMENTACIÓN Y LA CEMENTACIÓN SON LOS MISMOS A-- LOS DEL ANTERIOR.

EL PROCESO CONSISTE EN ENCERAR EL DIENTE EN EL ESPACIO EDÉNTULO DEL MODELO DE LA PRIMERA IMPRESIÓN. LOS SIGUIENTES PASOS DE ESTE PROCESO SON IGUALES A LOS DE UNA RESTAURACIÓN UNITARIA.

#### CORONAS ANTERIORES DE POLICARBONATO.

INSTRUMENTACIÓN: IGUAL A LA ANTERIOR Y ANEXOS:

- 1.- JUEGO DE CORONA DE POLICARBONATO.
- 2.- LÁPIZ.
- 3.- DISCO DE PAPEL GRANATE, DE GRANO GRUESO.
- 4.- RUEDA BRULEW.

ESTE PROCESO CONSISTE EN ADAPTAR UNA CORONA A LA PIEZA PREPARADA, TOMANDO EN CUENTA COLOR, TAMAÑO, OCLUSIÓN QUE SE CHECA CON EL PAPEL ARTICULADOR Y SE DESGASTA CON PIEDRA VERDE, LA ADAPTACIÓN CON EL TEJIDO BLANDO. SE PULE CON PIEDRA-POMEZ, LA RUEDA DE TRABAJO. LOS CONTORNOS AXIALES SE RECORTAN CON DISCO DE CARBURO, AL IGUAL EL LARGO VESTIBULAR Y PALATI

NO O LINGUAL QUE SE MARCAN CON UN LÁPIZ.

LUEGO DE ADAPTAR LA CORONA, SE PINTA CON SEPARADOR EL DIENTE PREPARADO EN EL MODELO Y SE COLOCA LA CORONA CON ACRÍLICO PREPARADO, TOMANDO A ESTA COMO PORTAIMPRESIÓN, SE ESPERA AL PLIMERIZADO, SE RECORTA CON UN DISCO DE CARBURO.

LUEGO DE SU AJUSTE SE PROCEDE A LA CEMENTACIÓN, LA CUAL YA MENCIONAMOS EN LOS CASOS ANTERIORES.

#### CORONA METÁLICA PREFABRICADA.

PUEDEN SURGIR SITUACIONES CLÍNICAS EN QUE NO ES POSIBLE O DESEABLE HACER UNA CORONA PROVISIONAL ACRÍLICA. UNA DE LAS MEJORES INDICACIONES DE ESTE TIPO DE CORONAS ES LA EMERGENCIA QUE PRESENTA CUANDO HAY UNA FRACTURA DE UNA PARTE DEL DIENTE, EJEMPLO UNA CÚSPIDE. EL ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL SONO NO SE ADHIERE SUFICIENTEMENTE EN UNA CITA DE EMERGENCIA PARA FABRICAR UNA CORONA DE ACRÍLICO. CON ESTAS CORONAS METÁLICAS SE PROPORCIONA AL PACIENTE PROTECCIÓN DEL DIENTE, PREVENCIÓN DE IRRITACIÓN LINGUAL Y GINGIVAL.

EL PROCEDIMIENTO CONSISTE EN:

- a) PREPARACIÓN MÍNIMA DEL DIENTE.
- b) MEDICIÓN Y SELECCIÓN DE LA CORONA.
- c) RECORTADO Y ADAPTACIÓN DEL MARGEN GINGIVAL.
- d) AJUSTE OCLUSAL.
- e) CEMENTADO.

INSTRUMENTACIÓN:

- 1.- TURBINA.
- 2.- FRESA CILÍNDRICA #170
- 3.- CALIBRE DE SELECCIÓN.
- 4.- JUEGO DE CORONAS METÁLICAS.
- 5.- ENSANCHADOR DE CORONAS.
- 6.- TIJERAS DE METAL.
- 7.- ALICATES DE CONTORNEAR.
- 8.- PIEZA DE MANO DE BAJA.
- 9.- DISCO PAPEL LIJA.
- 10.- PINZA DE MILLER.
- 11.- ESPÁTULA DE CEMENTO.
- 12.- PAPEL ARTICULADOR.
- 13.- BLOQUE DE PAPEL PARA MEZCLAR.
- 14.- ÓXIDO DE ZINC Y EUGENOL.
- 15.- VASELINA.
- 16.- BRUÑIDOR CURVO.
- 17.- SONDA.
- 18.- ESPEJO BUCAL.
- 19.- SEDA DENTAL.

EL DESGASTE ES MÍNIMO, EMPEZANDO POR LA REDUCCIÓN OCLU  
SAL, EN CÚSPIDES FUNCIONALES (1.5mm) Y EN LAS NO FUNCIONA--  
LES (1.0mm.). TODO ESTO ES CON LA FRESA #170 Y SE FINALIZA  
ESTO CON UN BISEL EN LA CÚSPIDE FUNCIONAL.

LUEGO CON UN CALIBRE DE SELECCIÓN SE OBTIENE EL TAMAÑO  
DE LA CORONA IDEAL EN SENTIDO M.O.D.

EL REBORDE DE LA CORONA SE PUEDE ENSANCHAR CON EL BLO-  
QUE ENSANCHADOR. SE ESTIMA LA DISCREPANCIA ENTRE CORONA Y-  
DIENTES CONTIGUOS EN ALTURA, SE RECORTA EL EXCESO ESTIMADO-

DE MARGEN GINGIVAL, SE SUAVIZA CON EL DISCO, SE CONTORNEA--  
CON LOS ALICATES Y SE CHECA LA OCLUSIÓN CON EL PAPEL ARTICU  
LADOR. LA CEMENTACIÓN ES IGUAL QUE LAS ANTERIORES.

F) PREPARACIÓN DE DIENTES PARA RECIBIR:

RESTAURACIONES PARCIALES OCLUSALES (ONLAY).

ESTAS AUNQUE SIN CUBRIR TODO EL DIENTE REPONE LA OCLU--  
SIÓN EN FORMA TOTAL A UN PASO MÁS AVANZADO QUE LAS INCRUSTA  
CIONES, PERO CON GRAN SIMILITUD CON ELLAS.

LA PARCIAL OCLUSAL POSEE LA VIRTUD DE MODIFICAR LA CA--  
RA OCLUSAL DE LA PIEZA DENTARIA. DEBE PREVENIRSE QUE AUN--  
QUE CAMBIA TODA LA CARA OCLUSAL, NO MODIFICA LA POSICIÓN --  
DENTARIA POR LO QUE TIENE SUS LIMITACIONES, DEPENDIENDO DE--  
LAS GIROVERSIONES QUE EL DIENTE HAYA ADQUIRIDO. EN ESTOS -  
CASOS ES MÁS RECOMENDABLE LA CORONA TOTAL, QUE BRINDA MAYOR  
POSIBILIDAD DE ORIENTAR DEBIDAMENTE EL EJE DE LA CORONA.

CON EL ADVENIMIENTO DE LA ODONTOLOGÍA RESTAURADA, EX--  
TENSAMENTE EN CORRECCIONES DE MALES OCLUSALES, EL USO DE LAS PAR  
CIALES OCLUSALES SE HA DIFUNDIDO MUCHO. ELLO HA TRAI DO CO--  
MO CONSECUENCIAS MUCHOS BENEFICIOS, YA QUE PODRÁN HACERSE -  
MODIFICACIONES DE LAS RELACIONES OCLUSALES SIN LLEGAR AL --  
USO DE LA CORONA TOTAL. SIN EMBARGO, OTRO FACTOR QUE DEBE--  
CONSIDERARSE AL ELEGIRSE LA PARCIAL OCLUSAL ES EL ÍNDICE DE  
CARIES COMO RESTAURACIÓN DE ESTE. PUES ESTO TRAERÁ COMO --  
CONSECUENCIA LA POCA SOBREVIVENCIA ANTE LAS PARTES EXPUES--  
TAS DEL DIENTE.

LA PARCIAL OCLUSAL NO SOLO TIENE USO EN RESTAURACIONES  
INDIVIDUALES, SINO TAMBIÉN COMO PILAR EN PRÓTESIS ANTE LAS-

**PARTES EXPUESTAS DEL DIENTE.**

SE ESTIMA QUE LA PREPARACIÓN PARA RECIBIR UNA RESTAURACIÓN PARCIAL OCLUSAL REPRESENTA UN RETO PARA EL DENTISTA EN SU HABILIDAD. TAMBIÉN SE CONSIDERA ESTA COMO UNA INTERVENCIÓN DIFÍCIL Y EN LA QUE MÁS FÁCILMENTE SE COMETEN ERRORES. EN CUANTO AL TIEMPO, REQUIERE MAYOR AL DE CUALQUIER OTRO TIPO DE RESTAURACIÓN.

PARA LAS RESTAURACIONES PARCIALES OCLUSALES ES MENOS--  
TER DESGASTAR TODA EL AREA OCLUSAL POR REPONER Y DADO QUE -  
ESTE DESGASTE SE PROLONGA HACIA LAS CARAS INTERPROXIMALES,-  
TAMBIÉN SERÁ NECESARIO MODIFICAR DICHAS CARAS DEL DIENTE.  
AL IGUAL QUE EN LAS INCRUSTACIONES REQUIERE DE UNA CAJA IN-  
TERPROXIMAL MESIOOCLUSODISTAL EN LA PREPARACIÓN DE LOS SUR-  
COS, CON PROLONGACIÓN VESTIBULAR, PALATINO Y/O LINGUAL, CU-  
BRIENDO TODA EL ÁREA DE FUNCIÓN DEL DIENTE.

**LAS FRESAS A USAR SON:**

- a) CONO INVERTIDO LARGO O CILÍNDRICO.
- b) FLAMA O PUNTA DE LÁPIZ.
- c) CILÍNDRICA 58.
- d) FISURA 701.
- e) FISURA 699-L.

**TÉCNICA:**

SE UTILIZA LA FRESA 701 PARA LABRAR UNA CAJA OCLUSAL--  
VALIÉNDOSE DEL SURCO PRINCIPAL, SIN ABARCAR PORCIONES MAYO-  
RES QUE LAS PAREDES VESTIBULAR, LINGUAL Y/O PALATINA; ÉSTAS  
SE PROLONGAN HACIA LAS CARAS PROXIMALES. AHORA CON LA FRE-  
SA CILÍNDRICA SE TALLA LA CARA OCLUSAL, EN LAS CÚSPIDES ES-

TAMPADORAS SE DEBERÁ HACER UN ESCALÓN DE PROTECCIÓN. SE---  
PROLONGA AHORA LA CAJA OCLUSAL HACIA LAS CARAS PROXIMALES,-  
ELABORANDO UNA CAJA DE INTERPROXIMAL QUE SE PROFUNDIZA HACIA  
GINGIVAL Y SE AMPLIA HACIA VESTIBULAR PALATINO Y/O LINGUAL.  
YA HECHO ESTO, SE ELABORA UN ESCALÓN EN LAS CARAS VESTIBU--  
LAR DEL INFERIOR Y PALATINA EN SUPERIORES CON FRESA CILÍN--  
DRICA; SIN COMUNICAR ESTE CON LAS CARAS INTERPROXIMALES.  
LUEGO CON LA FRESA PUNTA DE LÁPIZ SE BISELA LA CAJA PROXI--  
MAL Y DESPUÉS SE EMPIEZA A PROLONGAR A VESTIBULAR Y LINGUAL  
EL ESCALÓN PARA PREPARAR Y EVITAR ESCALONAMIENTOS. RESTA--  
AHORA CONFORMAR EL REMANENTE DE LAS CARIES UTILIZANDO LA --  
FRESA DE CARBURO #58 EMPEZANDO CON LA PROXIMAL, LA OCLUSAL-  
Y AL ÚLTIMO EL PISO Y LAS PAREDES QUE DEBEN SER LIGERAMENTE  
DIVERGENTES HACIA OCLUSAL PARA EVITAR RETENCIONES. SE UNI-  
FORMA LA UNIÓN ENTRE EL ESCALON Y LA CAJA PROXIMAL, LA OCLU  
SAL Y AL ÚLTIMO EN LA RESTAURACIÓN Y UN BISEL EN LAS ÁREAS-  
CORTANTES DE LAS CÚSPIDES VESTIBULARES Y LINGUALES INTERIO-  
RES.

#### CORONAS TOTALES.

EXIGEN DESCARGAS DE TODAS SUS CARAS. SEGÚN EL ÁREA,--  
DEBERÁ REALIZARSE EL DESCARGA SUFICIENTE QUE OCUPARÁ EL MA-  
TERIAL RESTAURADOR Y EN LAS ZONAS VESTIBULAR O LABIAL HABRÁ  
DE TENERSE ESPECIAL CUIDADO PARA DEJAR ESPACIO ADECUADO PA-  
RA COLOCAR EL MATERIAL ESTÉTICO.

EL ÁREA QUE ENTRAÑA MÁS PROBLEMAS EN LA PREPARACIÓN DE  
LOS DIENTES CORRESPONDE A LA TERMINACIÓN CERVICAL; ÉSTE ES-  
UNO DE LOS FACTORES MÁS DETERMINANTES DE UNA BUENA PREPARA-  
CIÓN Y EN ESPECIAL CON EL PARODONTO.

LA TERMINACIÓN CERVICAL VARÍA DE ACUERDO A LOS MATERIALES DE RESTAURACIÓN, QUE EXIGEN DETERMINADAS PARTICULARIDADES; POR ELLA NOS REFERIMOS A DOS TIPOS DE PREPARACIÓN.

1.- LOS DIENTES QUE RECIBIRÁN CORONAS CON BASE METÁLICA Y QUE SE SOMETERÁN A LA MISMA PREPARACIÓN SON:

- a) CORONA TOTAL METÁLICA.
- b) CORONA DE ORO CON FRENTE DE ACRÍLICO.
- c) CORONA DE PORCELANA CON BASE METÁLICA.
- d) CORONA CON BASE METÁLICA DE ORO RECUBIERTA DE ACRÍLICO.

2.- CORONAS SIMPLES DE PORCELANA:

TÉCNICA PARA EL CASO NÚMERO UNO:

EL INSTRUMENTAL ES ESPECÍFICAMENTE FRESA CILÍNDRICA, - PUNTA DE LÁPIZ O FLAMA Y TRONCÓNICA CON EXTREMO REDONDEADO, TODAS ELLAS DE DIAMANTE Y FRESA DE BARRIL.

LA SIMPLIFICACIÓN DEL PROCEDIMIENTO CONSISTE EN COLOCAR LA FRESA EN LA TURBINA QUE DEBE USARSE AL MÁXIMO EN TODA LA PREPARACIÓN EMPEZANDO CON LOS DESGASTES Y HABRÁ DE SERVIR PARA ORIENTAR DESDE EL PRINCIPIO LOS RESULTADOS QUE SE PRETENDEN EN LA PREPARACIÓN. CAMBIAR CONSTANTEMENTE DE UN INSTRUMENTO A OTRO PARA VOLVER AL ANTERIOR, ÚNICAMENTE CREA CONFUSIÓN Y PÉRDIDA DE TIEMPO.

EL PROCESO EN ANTERIORES Y POSTERIORES ES ASÍ, CON LA FRESA CILÍNDRICA SE COLOCA EN POSICIÓN INCISAL Y SE DESGASTANDO POR TERCIOS DESDE INCISAL MEDIO CERVICAL HASTA POCO ANTES DE FORMAR EL HOMBRO. DESPUÉS CON LA FRESA PUNTA DE LÁPIZ SE DESGASTAN LAS CARAS PROXIMALES RESPETANDO EL HOMBRO.

BRO QUE LLEVARÁ LA PREPARACIÓN, LUEGO SE DESGASTA LA CARA - PALATINA O LINGUAL CON LA FRESA DE BARRIL EN SENTIDO PARALELO AL EJE LONGITUDINAL DEL DIENTE, YA ELABORADO ESTO CON LA FRESA TRONCOCÓNICA SE COLOCA PARALELA AL DIENTE Y SE MARCA EN LA PARTE MEDIA DE ÉSTE LA PROFUNDIDAD DEL HOMBRO Y SE VA DESGASTANDO HACIA LOS LADOS MARCANDO A LA VEZ EL HOMBRO, EL CUAL RECORRE A TODO EL CONTORNO CERVICAL DE LA PIEZA, ESTE HOMBRO ES SUBGINGIVAL Y POR PALATINO ES LIGERAMENTE MARCADO, LUEGO SE REDONDEAN LOS ÁNGULOS RECTOS Y LAS CARAS INTERPROXIMALES SE HACEN CONVERGENTES HACIA INCISAL. CLARO QUE TODOS LOS DESGASTES VAN EN RELACIÓN A LA FORMA DEL DIENTE-RESPECTANDO SU ANATOMÍA.

PARA EL CASO #2 , LA DIFERENCIA ES QUE EL HOMBRO SE HACE CON ÁNGULOS DE MÁS DE 95° Y MENOS DE 110°, CON UNA FRESA TRONCOCÓNICA O CILÍNDRICA.

#### APLICACIÓN DE CORONAS TOTALES:

##### 1.- CARIES:

- a) CUANDO ABARCA GRANDES PORCIONES DE LA CORONA DENTARIA Y DEBILITA SU ESTRUCTURA.
- b) CUANDO AFECTA LOS ÁNGULOS DE LAS PIEZAS POR LO CUAL LAS RESTAURACIONES PARCIALES OCLUSALES SERÍAN INSUFICIENTES.
- c) CUANDO EXISTEN DESCALCIFICACIONES CERVICALES.
- d) CUANDO EXISTE UN ÍNDICE CARIOSO EXTREMO EN DIFERENTES PORCIONES DEL DIENTE.

##### 2.- ALTERACIÓN DE LA INTEGRIDAD CORONARIA:

- a) CUANDO EXISTE HIPOPLASIA O DESCALCIFICACIÓN QUE --- DAÑA LA ESTRUCTURA DENTARIA.
- b) CUANDO EXISTE ABRASIÓN O EROSIÓN QUE REDUCE LA PORCIÓN CORONARIA OCLUSAL DEL DIENTE.

- c) POR FRACTURA TRAUMÁTICA DE LA CORONA.
- d) POR MALFORMACIONES EN EL FOLÍCULO DENTARIO QUE PRODUZCA CORONAS DIMINUTAS O GIGANTES.
- e) EN PIEZAS CUYA FLUORACIÓN EXCESIVA DEL AGUA PRODUCE CAMBIOS DE COLOR Y FRAGILIDAD DEL ESMALTE.

3.- TRATAMIENTO PREVIO DEFECTUOSO:

- a) CUANDO EL DIENTE HAYA RECIBIDO MUCHAS OBTURACIONES-QUE PONGAN EN PELIGRO EL BORDE MARGINAL Y FACILITA-LA FRACTURA, EXIGIENDO ASÍ LA PROTECCIÓN DEL DIENTE
- b) EN PIEZAS DENTARIAS EN LOS CUALES SE HAYAN COLOCADO CORONAS CON FRENTE DE ACRÍLICO, CUANDO ÉSTE SE HAYA DESTRUÍDO O EROSIONADO DE MANERA COMPLETA.
- c) EN PIEZAS DENTARIAS EN LAS CUALES SE HAN COLOCADO -CORONAS CON AJUSTE CERVICAL DEFECTUOSO.
- d) EN CASOS DE RESTAURACIONES EN ANTERIORES DONDE LAS-PORCIONES VISIBLES SEAN ANTIESTÉTICAS.
- e) EN CUALQUIER PRÓTESIS QUE POR MOTIVO DE DEFICIEN---CIAS DEL CONTORNO O DE LA FUNCIÓN EXIJA SU CAMBIO O RECONSTRUCCIÓN.
- f) EN PIEZAS DENTARIAS DONDE SE HAYA PRACTICADO OBTURA CION DEL CONDUCTO Y TIENEN PAREDES FRÁGILES; ELLO--REQUIERE COLOCAR PREVIAMENTE UN POSTE EN EL CONDUCTO RADICULAR.

4.- SOPORTE PARA PUENTES FIJOS Y ANCLAJE DE REMOVIBLES:

- a) COMO PILAR DE PUENTES FIJOS.
- b) COMO PILARES ADICIONALES EN PUENTES FIJOS.
- c) PROTECCIÓN DEL DIENTE CONTRA LA ACCIÓN DE GANCHOS--

REMOVIBLES.

5.- FERULIZACIÓN:

- a) CUANDO EL SOSTÉN ÓSEO ESTÁ DISMINUÍDO.
- b) CUANDO EXISTEN PROBLEMAS CERVICALES POSOPERATORIOS COMO CAUSA DE TRATAMIENTOS PARODONTALES.

6.- CORRECCIONES ESTÉTICAS:

- a) CUANDO LA PORCIÓN CORONARIA DEL DIENTE ES ANTIESTÉTICA Y EXIGE MODIFICACIÓN EN TAMAÑO Y COLORACIÓN.

7.- CORRECCIONES OCLUSALES:

- a) CUANDO SE DESEA CORREGIR LA CARA OCLUSAL DE LOS ARCS.
- b) CUANDO UNA PIEZA DENTARIA SE ENCUENTRA EN GIROVERSIÓN Y ES NECESARIO ALINEARLA A LA ARCADA PARA CORREGIR LA FUNCIÓN OCLUSAL.

G) IMPRESIONES:

TÉCNICA DE IMPRESIONES PARCIALES Y TOTALES CON MATERIALES ELÁSTICOS.

INSTRUMENTAL Y MATERIAL:

- a) PORTAIMPRESIONES PARAILOCALOIDES O MERCAPTANO DEL TIPO COE Y DEL TIPO DOBLES.
- b) ESPATULAS DE YESO Y PARAMERCAPTANOS.
- c) TIJERAS.

- d) CUCHILLO.
- e) JERINGA PARA SILICÓN Y MERCAPTANOS LOSETA.
- f) LOSETA DE VIDRIO.
- g) APARATO CONDICIONADOR DE HIDROCOLOIDE.
- h) SILICÓN.
- i) HIDROCOLOIDES.
- j) HULES.
- k) IMPRESIONES.

HIDROCOLOIDE REVERSIBLE:

ES UN MATERIAL MUY EFICAZ, YA QUE NOS PERMITE RECUPERAR NUEVAMENTE EL MATERIAL QUE SE HA UTILIZADO, ES UNA COPIA, PERO EL MANEJO DE ESTE MATERIAL ES DE CAPITAL IMPORTANCIA. PERO EN LA ACTUALIDAD EN LA CONSULTA DIARIA DEL DENTISTA, ES MÁS COMÚN UTILIZAR OTROS TIPOS DE MATERIAL DE IMPRESIÓN POR SU BAJO COSTO Y SU FÁCIL MANEJO. COMO SON - EL SILICÓN Y LOS MERCAPTANOS DE LOS QUE HABLAREMOS A CONTINUACIÓN.

SILICÓN:

ENTRE LAS VIRTUDES QUE TIENE, ESTÁ LA LIMPIEZA Y FACILIDAD DE SU EMPLEO. ESTE VIENE EN DOS DISPOSITIVOS, UNO SÓLIDO Y EL OTRO SEMILÍQUIDO QUE ES EL RECTIFICADOR.

UTILIZANDO UNA CUCHARILLA PREFABRICADA DE TIPO COE EN LA CUAL SE COLOCA EL MATERIAL SALIDO DESPUÉS DE HABER SIDO AMASADO Y MEZCLADO CON EL ACELERADOR Y AISLADO DEL CAMPO - SE TOMARÁ LA IMPRESIÓN Y LUEGO SE RETIRA LA CUCHARILLA DE-

LA BOCA Y SE COLOCA EN ÉSTA, EL RECTIFICADOR QUE TAMBIÉN SE MEZCLA CON EL ACELERADOR Y DE AQUÍ SE LLEVA YA SEA CON UNA-ESPÁTULA A LA IMPRESIÓN Y CON UNA JERINGA AL ÁREA MÁS PROFUNDA DE LA PREPARACIÓN, DE AQUÍ SE LLEVA A LA IMPRESIÓN ANTERIOR DE NUEVO A LA BOCA PARA RECTIFICAR LO MEJOR POSIBLE-NUESTRA PREPARACIÓN.

LA IMPRESIÓN SE CORRE CON YESO, PIEDRA Y SE PUEDE COLOCAR TAMBIÉN VÁSTAGOS METÁLICOS.

#### MERCAPTANOS:

ES POLISULFURO DE HULE, Y COMUNMENTE SE LE LLAMA HULE, ESTE ES RECONOCIDO COMO MATERIAL DE IMPRESIÓN, YA QUE CAPTA CON EXACTITUD LA IMAGEN DE LOS DIENTES. ESTE ES EL SISTEMA DE DOS PASTAS, UNA BASE Y UN CATALIZADOR. SE ESPATULAN EN UNA LOSETA DE VIDRIO O CERÁMICA, ÉSTAS DOS PASTAS SE COLOCAN EN UNA CUCHARILLA CON RIELERAS Y SE LLEVA A LA BOCA,---PREVIAMENTE AISLADO EL CAMPO OPERATORIO. ESTE ES MUY ÚTIL-EN LA IMPRESIÓN CON COPIAS TIPO RIPOL. LA CORRIDA DEL MODELO ES IGUAL AL ANTERIOR.

COMO ASPECTOS DE IMPORTANCIA TENEMOS LA RETRACCIÓN GINGIVAL SIENDO LA FASE MÁS DIFÍCIL Y DE MAYOR PELIGRO EN LA TOMA DE IMPRESIÓN CON MATERIAL ELÁSTICO. LOS MÉTODOS DE RETRACCIÓN, SEPARACIÓN O REDUCCIÓN GINGIVAL QUE PERMITEN OBTENER EL ABSCESO PROPIO PARA TOMAR UNA BUENA IMPRESIÓN.

a) RETRACCIÓN MECÁNICO-QUÍMICA.

b) QUIRÚRGICA CON BISTURÍ O ELECTROCIRUGÍA.

LA RETRACCIÓN MECÁNICA SE LOGRA CON CORDONES DE FIBRA DE ALGODÓN COLOCADOS EN EL SURCO GINGIVAL. ESTOS CORDONES RETORCIDOS, SE COLOCAN EN EL SURCO GINGIVAL CON LA AYUDA DE UN EMPACADOR DE CORDONES RETRACTORES. EL PUNTO CLAVE-- ES LA PRESIÓN MEDIA Y CONSTANTE. LA RETRACCIÓN MECÁNICO-- QUÍMICA ES IGUAL A LA ANTERIOR, PERO CON LA COMBINACIÓN DE QUÍMICOS EN LOS CORDONES PROVOCANDO LA CONSTRICCIÓN DE CAPILARES Y ARTERIOLAS.

ES IMPORTANTE QUE LA RETRACCIÓN QUÍMICA SEA POR PERÍODOS DE 5 a 30 MINUTOS CUANDO EL SANGRADO NO ES PROBLEMA, - SE UTILIZAN CORDONES DE 8% DE ADRENALINA EN UN TIEMPO DE 5 a 10 MINUTOS Y CON SOLUCIÓN DE ALUMBRE.

#### H) PROCEDIMIENTOS DE LABORATORIO:

LA TRANSFORMACIÓN DE UN PATRÓN DE CERA ES UNA RÉPLICA DE OTRO, TAN SOLO IMPLICA REVESTIRLO CON UN MATERIAL RE--- FRACTARIO ADECUADO, LUEGO ELIMINAR AQUELLA DEL DOLDE RESUL TANTE Y VERTAR UNA ALEACIÓN DE ORO FUNDIDO EN LA CAVIDAD.- LA OBTENCIÓN CONTINUA DE COLADOS DE ORO SIN POROS Y DIMEN SIONES EXACTAS ES UNO DE LOS TRIUNFOS DEL ARTE DENTAL MO-- DERNO, ES UN PROCESO MINUCIOSO QUE REQUIERE LA MÁS CUIDADO SA OBSERVACIÓN DE LAS CARACTERÍSTICAS DE TRABAJO DE LOS MA TERIALES Y DE LOS PASOS FUNDAMENTALES EXPLICADOS EN LA TÉC NICA SIGUIENTE:

#### BEBEDEROS O CUELES:

EL BEBEDERO O CUELE ES UN CILINDRO DE METAL, PLÁSTICO O CERA QUE CONECTA EL PATRÓN DE CERA CON EL CRISOL Y FORMA UN CONDUCTO QUE COMUNICA ESTE ÚLTIMO CON LA CÁMARA DE MODE LO DEL REVESTIMIENTO. ESTE PASAJE SIRVE PARA EL ESCAPE DE

CERA PARA SU ELIMINACIÓN Y PARA LA ENTRADA DEL METAL FUNDIDO EN EL CURSO DEL COLADO.

PRIMERO LLÉNESE EL ORIFICIO CENTRAL DEL CONFORMADOR-- DE CLUSOL CON CERA ROJA PARA ENCAJONAR. LUEGO MOLDEESE LA CERA EN LA APERTURA SUPERIOR HASTA DARLE UN CONTORNO SUAVE Y REDONDEADO.

A CONTINUACIÓN EMPLEESE UNA ESPÁTULA PARA CERA A FIN-- DE DEPOSITAR UNA GOTITA DE CERA PEGAJOSA SOBRE EL PATRÓN. REALÍCESE LA INSERCIÓN DEL BEBEDERO EN LA ZONA MÁS VOLUMINOSA Y EVITESE BORRAR LOS DETALLES ANATÓMICOS SIEMPRE QUE SEA POSIBLE. EL BEBEDERO SE SOSTIENE CON LOS DEDOS, CALEN TÁNDOSE UN EXTREMO EN EL MECHERO DE BUNSEN POR DOS SEGUN-- DOS, LUEGO TÓQUESE CUIDADOSAMENTE CON AQUEL LA BOLITA DE-- CERA PEGAJOSA RECIÉN COLOCADA EN EL PATRÓN. EN EL OTRO EX-- TREMO VA LA CERA TALLADA O PATRÓN PARA COLOCARSE EN EL CRI-- SOLE, DEBE QUEDAR MÁS O MENOS A 6mm. DE LA PARTE SUPERIOR-- DEL CRISOL. LA COLOCACIÓN DE LA BOLITA DE CERA ES PARA HA-- CER UNA CONCAVIDAD DONDE SE COLOCA EL METAL A SU ENTRADA-- AL FUNDIR.

REVESTIMIENTO:

ESTE QUIZÁS SEA UNO DE LOS PROCEDIMIENTOS MÁS CRÍTIC-- COS EN TODO EL PROCEDIMIENTO DE FABRICACIÓN. LA EXPANSIÓN CONTROLADA DE ÉSTE ES LA QUE SE DEBE COMPENSAR CON EXACTI-- TUD EL ENFRENTAMIENTO Y ASEGURAR ASÍ UNA ADAPTACIÓN REVER-- SIBLE EN EL COLADO FINAL.

PARTE DE LA EXPANSIÓN NECESARIA PARA TODOS LOS REVES-- TIMIENTOS SUCEDE DURANTE EL FRAGMENTO NORMAL EN PRESENCIA-- DE AGUA Y SE CONOCE COMO EXPANSIÓN HIGROSCÓPICA.

LA OBTENCIÓN DE UNA MEZCLA DE REVESTIMIENTO HOMOGÉNEA Y LIBRE DE BURBUJAS Y OTRAS PRIORIDADES ES TAMBIÉN FUNDAMENTAL PARA LA FABRICACIÓN DE UN COLADO DE ORO SATISFACTORIO.

LA TÉCNICA EN SÍ ES SUMERGIENDO EL PATRÓN EN UN LIMPIADOR COMERCIAL, CON AIRE A PRESIÓN, SÉQUESE EL PATRÓN. A CONTINUACIÓN PREPARE EL ARCO METÁLICO O CUBILETE ADAPTÁNDOLO ÍNTIMAMENTE EL AMIATO AL INTERIOR DEL ARCO. ESTE AMIATO DEBE QUEDAR 3mm. ABAJO DEL BORDE DEL ARCO EN UNO DE SUS EXTREMOS, YA QUE EL OTRO SE ALZA CON EL CONFORMADOR DE CRISOL CUIDANDO NO TOCAR EL PATRÓN DE CERA, EL CUAL DEBE QUEDAR CENTRADO.

EL REVESTIMIENTO SE PESA Y MIDE EL AGUA PARA SU MEZCLA EN UNA TAZA DE HULE Y SE MEZCLA DURANTE 20 SEGUNDOS BAJO 28 PULGADAS DE VACÍO, LUEGO SE PASA EL REVESTIMIENTO EL ARCO SOBRE UN VIBRADOR POR 20 SEGUNDOS RETIRÁNDOSE EL EXCEDENTE PARA SUMERGIRLO EN AGUA A 38°C. DE 30 a 60 MINUTOS.

RETÍRESE EL ARCO DEL AGUA Y DEL CONFORMADOR DE CRISOL PARA COLOCARLO EN UN HORNO A 480°C. POR UNA HORA PARA EL-DESENCERADO Y MANTENER EL ARCO A UNA TEMPERATURA UNIFORME. LUEGO PREPARARSE LA CENTRÍFUGA A TRES VUELTAS Y COLÓQUESE EL CRISOL DE LA CUNA PARA EL ARCO EN EL CUAL SE FUNDE EL ORO HASTA QUE ESTÉ LÍQUIDO, YA QUE AL GIRAR LA CENTRÍFUGA SE EXPANDE HACIA EL CENTRO DEL CRISOL.

#### ADAPTACIÓN DE LA PRÓTESIS AL MODELO:

RECUPÉRESE LOS COLADOS DEL REVESTIMIENTO, LIMPIÉLOS CORRECTAMENTE Y SUMÉRJALOS EN ÁCIDO CLORHÍDRICO. PARA SU MANIPULACIÓN USE PINZAS ANTICORROSIVAS, RETIRENSE LOS CUE-

LES Y COLÓQUESE EL COLADO EN EL MODELO O TRONQUEL Y SE ADAPTA JUNTO CON UN DISCO Y FRESONES PARA ORO O METAL SEMIPRECIOSO.

LUEGO EL ARMADO ES EL COLOCAR EL ACRÍLICO EN LAS PARTES NECESARIAS, COMO CARAS VESTIBULARES Y PÓNTICOS, CON EL PROCEDIMIENTO ACRÍLICO POLVO Y LÍQUIDO, DE AQUÍ SE CHECA LA OCLUSIÓN PARA DESPUES DAR EL PULIDO Y TERMINADO CON FRESA--COPA DE HULE, RUEDAS DE TRAPO CON PASTA PARA PULIR Y DAR BRILLO.

LOS PÓNTICOS SE MODELAN EN CERA SOBRE EL METAL, LUEGO SE ENCAJONAN AL IGUAL QUE EN LA PREPARACIÓN DE PROVISIONALES.

I) CEMENTADO:

INSTRUMENTOS Y MATERIALES:

- a) PORTAINCRUSTACIONES CONJUNTA DE CERA BLANDA.
- b) PAPEL ARTICULADOR.
- c) VARITAS DE NARANJO O ADITAMENTOS PARA RETENCIÓN.
- d) LOSETA DE VIDRIO PARA CADA TIPO DE CEMENTO.
- e) ESPÁTULAS PARA CEMENTOS Y MATERIALES DE IMPRESIÓN.
- f) CEMENTO ZOE PARA PROVISIONALES.
- g) CEMENTO DE FOSFATO PARA DEFINITIVOS.
- h) BARNIZ DE COPAL COMO SELLADOR.

AISLAMIENTO DEL CAMPO.

CONSISTE EN ELIMINAR CUALQUIER PARTÍCULA DE CEMENTO O-

ZONA DONDE SE SOSPECHE CARIES. DE ACUERDO CON EL CRITERIO, SE COLOCARÁN ZONAS AFECTADAS EN APÓSITO DE ZOE, LUEGO SE COLOCA EL BARNIZ DE COPAL. EL CEMENTADO ES LA CONTINUACIÓN A ESTOS PASOS ANTERIORES CONSISTIENDO EN UNA MEZCLA, EN UNA LOSETA, LA CANTIDAD ESPECÍFICA DE POLVO-LÍQUIDO, EL CUAL DEBE DEJARSE EMBEBER BIEN DEL POLVO HASTA UNA CONSISTENCIA---PASTOSA.

LUEGO CON EL PORTAINCRUSTACIONES SE LLEVA A LA PIEZA -- UN POCO DE CEMENTO AL ÁREA GINGIVAL, DESPUÉS SE LLEVA LA -- PRÓTESIS CON CEMENTOS A LA PIEZA POR MEDIO DEL PORTAINCRUSTACIONES, LUEGO CON LAS BARITAS DE NARANJO SE MANTIENE LA-- PROTESIS EN SU LUGAR DESPUÉS QUE HA ENDURECIDO EL CEMENTO-- SE QUITAN LOS EXCEDENTES.

SE RECTIFICAN LA OCLUSIÓN Y AJUSTE DE LA PRÓTESIS.

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

- 1.- CONOCER LA ANATOMÍA DE LA REGIÓN TEMPOROMANDIBULAR Y REGIONES DE SU ALREDEDOR ES BÁSICO PARA EL DIAGNÓSTICO Y TRATAMIENTO DEL BRUXISMO.
- 2.- LA OCLUSIÓN, SUS FUNDAMENTOS Y LEYES PROPORCIONAN GRAN AYUDA PARA DIFERENCIAR UNA OCLUSIÓN ORGÁNICA-DE UNA OCLUSIÓN PATOLÓGICA.
- 3.- LA DINÁMICA MANDIBULAR ES IMPORTANTE CONOCERLA PARA TENER UNA MAYOR VISIÓN DE LAS REGIONES DONDE SE PUEDA ENCONTRAR UNA INTERFERENCIA EN CUALQUIERA DE LOS MOVIMIENTOS DE LA MANDÍBULA.
- 4.- EL HABLAR DE UN TRATAMIENTO PALIATIVO Y/O DEFINITIVO ES IMPORTANTE TENER CONOCIMIENTO SOBRE LA AMPLIA GAMA DE TRATAMIENTOS DESDE EL IDEAL HASTA EL MENOS IDEAL, ASÍ COMO EN CASOS EN LOS CUALES HAY QUE COMBINAR UN PALIATIVO CON UN DEFINITIVO.
- 5.- RECONOCER TODO LO RELACIONADO CON EL BRUXISMO NOS AYUDA A DIFERENCIARLOS DE OTRAS MALOCLUSIONES SEMEJANTES Y PODER DAR UN TRATAMIENTO ESPECÍFICO.
- 6.- EL ELABORAR UNA BUENA HISTORIA CLÍNICA Y REALIZAR UN EXAMEN ORAL COMPLETO NOS GUÍA A UN CAMINO MEJOR EN LO RELACIONADO AL DIAGNÓSTICO.
- 7.- SABER UTILIZAR EL ARTICULADOR SIN AJUSTAR EL ARCOFACIAL COMPLEMENTA EL DIAGNÓSTICO, PUDIÉNDO OBSERVARSE LA DIFERENCIA ENTRE OCLUSIÓN FUNCIONAL Y OCLUSIÓN DE CONVENIENCIA.

8.- EL ENCERADO DIAGNÓSTICO Y DEFINITIVO ELABORADOS POR NOSOTROS MISMOS, ASEGURA UN MAYOR ÉXITO EN NUESTRO TRATAMIENTO.

9.- DENTRO DE LAS PREPARACIONES DE LAS PIEZAS, ES IMPORTANTE QUE EL DESGASTE CERVICAL, ASÍ COMO EL DE LAS CARAS SEA EN RELACIÓN A LA ANATOMÍA DE LA PIEZA.

B I B L I O G R A F Í A

- 1.- BEAUDREAU  
ATLAS DE PRÓTESIS PARCIAL FIJA.  
MÉDICA PANAMERICANA EDITORIAL  
BUENOS AIRES ARGENTINA, 1978  
568 PAGINAS.
  
- 2.- EVERSOLE  
PATOLOGÍA BUCAL.  
EDITORIAL MÉDICA PANAMERICANA  
BUENOS AIRES, ARGENTINA 1983  
333PÁGINAS.
  
- 3.- MARTÍNEZ ROSS ERICK  
OCCLUSIÓN.  
VICOVA EDITORES  
2a. EDICIÓN  
MÉXICO, D.F., 1980  
355 PÁGINAS.
  
- 4.- MARTINES ROSS ERICK  
DISFUNCIÓN TEMPOROMAXILAR.  
GRUPO FACIA EDITORES  
2a. EDICIÓN  
MÉXICO, D.F., 1980  
109 PÁGINAS.
  
- 5.- RAMP JORD ASH  
OCCLUSIÓN.  
EDITORIAL INTERAMERICANA  
2a. EDICIÓN  
MÉXICO, D.F., 1983  
400 PÁGINAS.

- 6.- RIPOL CARLOS  
PROSTODONCIA FIJA.  
TALLERES OFSET LARIOS  
1a. EDICIÓN  
MÉXICO, D.F., 1976  
TOMO I
- 7.- SHILILLINGBURG-HOBO-WHISTSETT  
FUNDAMENTOS DE PROSTODONCIA FIJA.  
EDITORIAL LA PRENSA MÉDICA MEXICANA S.A.  
MÉXICO, D.F., 1983  
338 PÁGINAS
- 8.- TESTUT L. - LATARJET A.  
COMPENDIO DE ANATOMÍA DESCRIPTIVA.  
EDITORIAL SALVAT.  
BARCELONA ESPAÑA 1981  
776 PÁGINAS
- 9.- THOMA  
PATOLOGÍA ORAL.  
EDITORIAL INTERAMERICANA  
MÉXICO, D.F., 1983  
879 PÁGINAS  
3a. EDICIÓN