

## Entrevista al Dr. Peter A. Neff (U. S. A.)



1.— Actualmente, ¿cuál es la mejor definición de Relación Céntrica?

Es aquella posición mandibular en la que los cóndilos están en su posición **más superior** dentro de la fosa glenoidea, encontrándose el **menisco articular** interpuesto entre la superficie posterior de la eminencia articular y la superficie articular anterior del cóndilo. Los ligamentos y el balance neuro-muscular permiten que esta **posición inicial de tratamiento** sea biológicamente aceptable, anatómicamente compatible, fisiológicamente tolerable y clínicamente reproducible.



Figura 1.- Anatomía de la Relación Céntrica. Obsérvese la posición del menisco articular.

2.— ¿El ajuste oclusal está siempre indicado antes de cualquier tratamiento protésico?

Antes de realizar cualquier tratamiento restaurador está indicada una equilibración de la oclusión, siempre que existan interferencias oclusales funcionales o alguna discrepancia entre la oclusión habitual y la relación céntrica.

3.— ¿Ud. considera necesario realizar el ajuste oclusal profiláctico?

De acuerdo a la corriente actual debe realizarse siempre que el paciente lo necesite. Esta indicación se fundamenta

en la prevención de problemas oclusales que puedan desarrollarse en el futuro, debido a alguna alteración en los mecanismos de compensación que pueden afectar la capacidad de adaptación del Sistema Estomatognático, por ejemplo: stress emocional, malposición dentaria, etc.

4.— ¿Cuándo un contacto en el lado de trabajo es considerado una interferencia oclusal?

El contacto que se considera como una interferencia oclusal es el que no está en armonía con la protección cuspidéa particular que uno determine como la más conveniente para cada paciente. Por ejemplo: problemas periodontales de los caninos, ausencia de caninos, etc.

Hay casos en que la primera premolar está ayudando al canino en la disclusión o protección de grupo: ésto se verifica al no percibir movimiento de esta pieza a la palpación cuando el paciente realiza excursión lateral hacia el lado de trabajo, por consiguiente no debe desgastarse por no constituir una interferencia.

5.— ¿Ud. considera interferencias oclusales a todos los contactos presentes en el lado de balance?

No, en la dentición natural pueden existir algunos contactos en el lado de balance entre las inclinaciones internas de las cúspides palatinas superiores y de las cúspides bucales inferiores. Si bien en algunos casos estos contactos son de simple deslizamiento y no causan interferencia, en otros pacientes éste movimiento es realizado con mayor fuerza originando interferencias y reacciones patológicas en las piezas, por lo que deben ser totalmente eliminados de las superficies mencionadas por desgaste selectivo, teniendo cuidado de no desgastar las cúspides de soporte (palatinas superiores y bucales inferiores).

6.— ¿Cuál es el problema oclusal más frecuentemente relacionado con el "click" de la ATM?

Es aquel que se presenta por contactos prematuros en relación céntrica, desviándose la mandíbula en forma retrusiva y/o lateral y produciendo una subluxación posterior del cóndilo. La ausencia de piezas dentarias en el segmento posterior y la pérdida de la dimensión vertical también son problemas oclusales que pueden producir un desplazamiento posterior del cóndilo, acompañado del desplazamiento anterior del disco articular. El click se produce al inicio de la apertura y/o al término del cierre mandibular cuando el cóndilo se coloca por debajo del disco articular. Existen diferentes tipos de click de la ATM que dependen de la severidad del caso.



Figura 2: Anatomía de la Subluxación posterior del cóndilo, obsérvese el espacio retrodistal disminuído.

7.— *¿Es posible tratar todos los tipos de click de la ATM?*

Sí es posible, siempre que se haya realizado un diagnóstico diferencial de los tipos de click. Los tratamientos ortopédicos de la ATM son diferentes para cada caso y en general depende de muchos factores como el tipo de click, su duración, síntomas de dolor asociados, etc.

Es importante que se tenga presente que los tratamientos ortopédicos con férulas oclusales son de tipo reversible y que existen otros tipos de tratamiento como la cirugía del cóndilo y del menisco que son de tipo irreversible, con los que no estoy plenamente de acuerdo ya que existen otros recursos y formas de tratar los clicks de la ATM que son conservadores y no mutilantes.

8.— *¿Qué es un deprogramador anterior y cuáles son sus indicaciones?*

Es un aparato ortopédico de la ATM que guía la mandíbula a relación céntrica; se fundamenta en la eliminación de la memoria neuromuscular que determina la propiocepción de las piezas dentarias posteriores. Se diferencia del jig de Lucía, en que en el deprogramador anterior existe una superficie plana en la que contactan los incisivos centrales inferiores. Es importante que sea una superficie plana y no un plano inclinado, ya que éste puede producir una subluxación posterior del cóndilo.

Indicaciones:

- 1) En la toma de registros intermaxilares en relación céntrica.
- 2) En problemas oclusales relacionados con síntomas de disfunción de la ATM.
- 3) En problemas neuromusculares, espasmos, dolor, etc.
- 4) Para evaluar la discrepancia entre la oclusión habitual y la relación céntrica.

9.— *¿Cuáles son los pasos para la construcción de un deprogramador anterior?*

El presente dispositivo tiene la ventaja de que puede ser construido en una sola sesión clínica y que puede aplicarse fácilmente a la toma de los registros intermaxilares de relación céntrica.

1) Se genera una deprogramación neuromuscular preliminar colocando un rollo de algodón entre los dientes anteriores del paciente, cuidando que no haya contacto de las piezas posteriores.

2) Después de más o menos 5 minutos se considera que la memoria propioceptiva de los dientes posteriores ha sido bloqueada y se puede inducir al paciente a una relación céntrica guiada por los músculos (en pacientes sin sintomatología, ya que en pacientes con espasmos musculares demora más).

3) Construiremos entonces el deprogramador anterior con acrílico de curado rápido: Se cubren los incisivos centrales superiores y se logra, mientras está plástico, un registro en relación céntrica guiando suavemente el maxilar inferior del paciente en su eje de bisagra terminal.

4) Este registro tendrá sólo dos puntos de contacto, dando una apertura mínima de la oclusión posterior de 1 a 3 mm.

Los contactos anteriores en el acrílico serán desgastados cuidando que queden solamente las dos marcas de los incisivos centrales inferiores, estos se deslizarán sobre una superficie plana sin ninguna interferencia, hecho que lo diferencia del jig de Lucía.

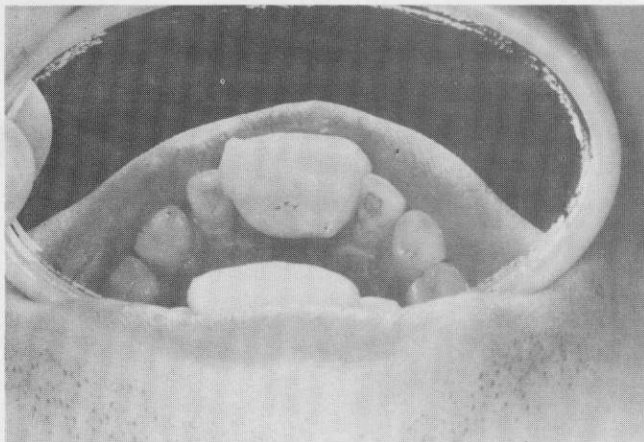
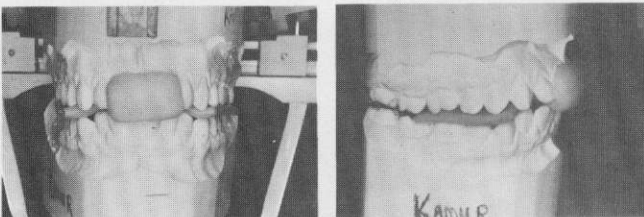


Fig. 3.— Vista oclusal del deprogramador anterior en boca. Los contactos anteriores se desgastan hasta que solamente queden las marcas de los incisivos centrales inferiores, deslizando sobre una superficie plana.

El deprogramador anterior debe ser usado durante una semana lográndose en la mayoría de los casos la remisión de los síntomas agudos del paciente.



Figs. 4 y 4a.— Vista frontal y lateral del montaje en el articulador usando el deprogramador anterior y los registros de relación céntrica.

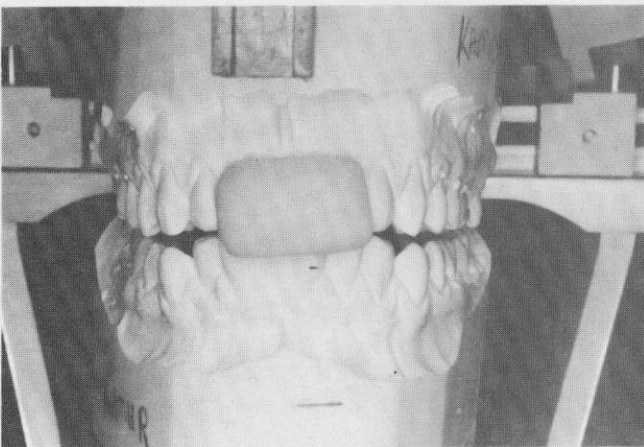


Fig. 5.— Aspecto final del montaje de los modelos en relación céntrica en el articulador.

10.— *¿Cuál es la diferencia entre una férula oclusal y un deprogramador anterior?*

Ambos son aparatos ortopédicos de la ATM y se diferencian en que el deprogramador anterior se usa máximo durante una semana y la férula se puede usar indefinidamente,

dependiendo del caso. El deprogramador anterior viene a ser la parte anterior de una férula oclusal completa en relación céntrica. Figs: 6 y 7

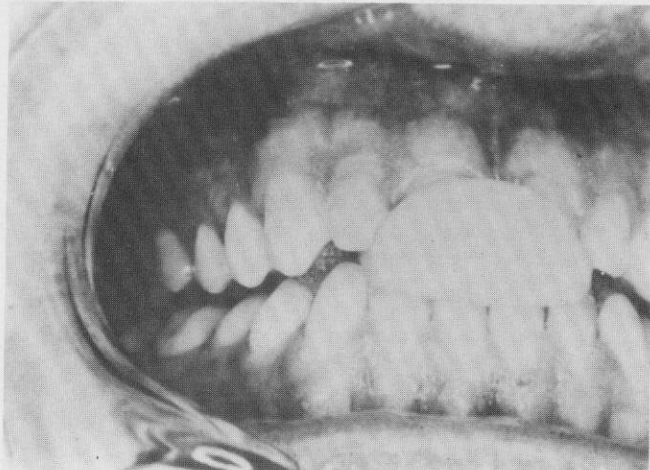


Fig. 6.— Deprogramador anterior.



Fig. 7.— Férula oclusal.

11.— ¿Cuándo está indicada una férula oclusal en relación céntrica y cuándo en una posición protrusiva?

Se indica una férula oclusal en relación céntrica cuando la disfunción de la ATM es de etiología oclusal y con sintomatología neuromuscular por ejemplo: bruxismo.

La férula oclusal en posición protrusiva es de tipo terapéutico, ya que tiene como finalidad la de recapturar el menisco articular y de permitir una recuperación de los ligamentos, así como la eliminación del click. Luego, se lleva progresivamente la mandíbula de la posición protrusiva a una relación céntrica terapéutica compatible con el grado de recuperación del menisco articular y de los ligamentos.

*Agradecemos de manera especial la colaboración del Dr. Javier Amorrotu en la traducción de la entrevista al Dr. McNeill y asimismo, al Dr. Alfredo Salas quien además de colaborar en la traducción de la entrevista al Dr. Neff, nos proporcionó el material fotográfico que ilustra los conceptos vertidos.*

*Gianfarma S. A.*



## Crónica

Por primera vez, nuestra Sociedad había escogido a la ciudad de Huaraz como sede de su actividad central anual, pero las continuas lluvias y aludes producidos en la vía Lima-Huaraz obligaron a trasladar la sede a Lima, quedando para otra oportunidad el recrearnos con el paisaje de esa bella zona andina.

El Centro Cívico de Lima fue nuevamente designado por el Comité Organizador para el desarrollo del Congreso Programado entre el 1o. y 4 de junio último.

El rol de las actividades científicas Pre-Congreso se inició con dos Cine Forum, acerca de "Ajuste oclusal y Oclusión", técnica del Dr. Rex Ingraham y "Lo último en Odontología Restauradora" por el Dr. Peter K. Thomas, lo que permitió la observación de nuevos procedimientos en forma didácticamente secuencial que llegaron en forma clara a la audiencia asistente, entre las que se hallaban muchos alumnos de los últimos años de los Programas de Odontología.

Así también como es tradicional, se realizaron Cursos Pre-Congreso esta vez en la Casa del Odontólogo. La novedad que marcó gran interés fueron dos Cursos de "Porcelana sobre metal", eminentemente prácticos y con asistencia limitada a 12 participantes con una duración de 24 horas cada uno. El primero a cargo del Sr. Angel Díaz, Técnico de la firma Jelenko y el segundo desarrollado por el Sr. Raúl Santander, Técnico de la Universidad Cayetano Heredia.

A continuación, los Drs. Daniel F. Gordon de la Universidad de California del Sur, y Peter A. Neff de la Universidad de Georgetown (U.S.A.), dictaron los Cursos de "Prótesis Fija actualizada" y "Oclusión" respectivamente, entre el 28 y 31 de Mayo.

El Dr. Gordon destinó gran parte del curso a las consideraciones estéticas en odontología restauradora fija, mostró una técnica de tallado para sellado marginal vestibular en porcelana, señaló la gran importancia de la prueba estética en cera, luego trató sobre impresiones y además presentó una interesante técnica de remonta. También discutió diversos casos clínicos con solución conjunta de prótesis fija y removibles, y terminó presentando un nuevo material cerámico denominado Cerestore, que eventualmente sustituiría la subestructura metálica en las prótesis metalo-cerámicas. El conocimiento profundo de los temas tratados fueron muy apreciados por los asistentes.

Por su parte, el Dr. Neff ofreció una revisión realmente magistral y didáctica de la ciencia de la Oclusión, abarcando los principios anatómicos, biológicos y fisiológicos y enfatizando a través de disecciones anatómicas y estudios radiográficos, conceptos actualizados de relación céntrica, movimientos mandibulares, función neuromuscular y procedimientos diagnósticos. También presentó un pantógrafo computarizado (Pantronic) y lo que constituyó el aspecto más resaltante de su curso, el Deprogramador anterior (férula oclusal anterior), que es un aditamento de su creación y que presta gran utilidad en los registros de relación céntrica y en el manejo de la patología funcional de la ATM (Mayor explicación, en artículo aparte de esta misma edición).

El tema tan discutido y de gran interés como es la relación de los diversos casos clínicos asociados a disfunción de la ATM, fueron extensamente analizados y discutidos, despejando muchas dudas e interrogantes sobre el tema.

Los prolongados aplausos que emocionaron profundamente al profesor nos relevan de mayores comentarios.

Las correctas traducciones estuvieron a cargo de los Drs. Helmuth Meier y David Loza para el curso del Dr. Gordon, y del colega chileno Jaime Charad y Alfredo Salas para el curso del Dr. Neff.

La Ceremonia Inaugural se llevó a cabo en los salones de la Municipalidad de Lima el miércoles 1o. de Junio. Entre el jueves 2 y el sábado 4 en el Centro Cívico de Lima, más de 300 participantes inscritos dieron marco al desarrollo del Congreso propiamente dicho.

El auspicioso inicio con el Simposium de Oclusión, consistió de cuatro interesantes temas sustentados por los profesores invitados, Drs. Peter Neff y Jaime Charad (éste último en representación del Dr. Gordon que adelantó su retorno), junto a los colegas Drs. Casablanca y Manuel Flores R. No obstante lo avanzado de la hora, la discusión se prolongó en medio de un encendido debate acerca de la valoración del Deprogramador anterior del Dr. Neff y la técnica de las láminas de Long, para el registro de la relación céntrica, así como las bases científicas para la determinación de la angulación de la guía incisiva.

A continuación, el Programa de Educación Continuada del Colegio Odontológico del Perú fué expuesto con un interesante sistema audiovisual. Al día siguiente viernes, además de los Temas Libres, se realizaron los Simposium de Prótesis Removible Total y Parcial y el de Prótesis Fija respectivamente, habiendo sido el más polémico éste último, pues motivó una discusión entre Humberto Berger y David Loza, respecto a las bondades y limitaciones de los articuladores.

El sábado, los Simposium de Endodoncia, Periodoncia, Cirugía y Ortodoncia, fueron de gran interés no sólo para el odontólogo especialista en prótesis sino para el odontólogo general y para aquellos que practican otras especialidades.

Los Temas Libres y Mesas Clínicas fueron variados y muy bien presentados, así como la Mesa Redonda "Porcelana sobre Metal".

Como últimamente se viene apreciando, la concurrencia de odontólogos jóvenes y estudiantes de los últimos años, fué notoria.

Dieron digno cierre a este evento, la Ceremonia y Fiesta de Clausura, en esta última se contó con una entusiasta y masiva concurrencia que puso en relieve una vez más, la gran confraternidad que reina en nuestra familia odontológica.

Felicitemos al Dr. Carlos del Aguila y su Comité Organizador por el éxito obtenido en el desarrollo de esta importante actividad científica.

## Conclusiones y Recomendaciones

- 1.— Existen desórdenes del aparato masticatorio que se explican a través de la Patología Funcional en lugar de la Patología Estructural. Es decir que no existe lesión anatómica, como en el caso de un tumor o de una infección, además no existe lesión bioquímica definida como en el caso de una deficiencia enzimática, una deficiencia nutricional, ó una sustancia extraña en los fluidos tisulares.
- 2.— El odontólogo al realizar un plan de tratamiento, ya sea simple o complejo, debe tener en consideración el mantener la armonía entre la intercuspidad de los dientes, la articulación témporo-mandibular y el sistema neuro-muscular.
- 3.— La pérdida de cualquier diente natural que no es reemplazado lleva al aparato masticatorio a un desbalance, con los signos y síntomas correspondientes.
- 4.— En Prótesis Dental la exigencia mínima para el diagnóstico es el examen clínico, examen radiográfico, modelos de estudio montados en un articulador semi-ajustable con arco facial y el registro de la relación céntrica.
- 5.— La instalación de una prótesis inadecuada puede condicionar la aparición de una reacción aguda o crónica en la mucosa oral debido: al desarrollo de una placa microbiana

adherida a la prótesis, a la acción de sustancias químicas provenientes de ésta, y a la irritación mecánica debido a la generación de fuerzas excesivas o inadecuadas que se transmiten a la mucosa, submucosa y hueso subyacente.

6.— Un alto porcentaje de Estomatitis subplaca se debe a la proliferación de *Cándida Albicans*, en la superficie interna de la prótesis.

7.— La mejor forma de evitar reacciones inflamatorias debajo de las prótesis es manteniéndolas en condiciones óptimas de higiene, es decir libres de placa bacteriana y micótica.

8.— En los casos de ulceraciones de la mucosa oral, en el diagnóstico diferencial siempre hay que considerar la posibilidad de una lesión pre-cancerosa o cancerosa. Una ulceración persistente en la boca debe necesariamente hacer pensar en cáncer hasta que no se demuestre lo contrario.

9.— Las prótesis nunca deben ser utilizadas como elementos protectores de úlceras, pues éstas generalmente corresponden a lesiones graves de diferente etiología, entre las cuales destaca el cáncer oral.

10.— Dado el actual avance científico y tecnológico alcanzado por la Odontología en general y en particular en el área de Prótesis, se requiere una permanente participación de los colegas odontólogos en Cursos, Seminarios, Talleres, etc. que les permita ofrecer a sus pacientes tratamientos actualizados y racionales.



**DE TREY®**  
**ChemFil**  
glass ionomer restorative  
**el restaurativo  
de larga duración**

**MEDI  
DENT S.A.**  
IMPORTACIONES Y REPRESENTACIONES

APARTADO 823 - LIMA  
AV. PETIT THOUARS 2140  
TELEFONO 71-8034  
JR. MOQUEGUA 270 - OF. 115  
TELEFONO 27-9727