

OCLUSION HABITUAL Y RELACION CENTRICA (I)

Oclusión habitual: establecimiento y morfología

Carlos Alberto Arroyo Pérez C.D.

Profesor del Departamento de Odontología Rehabilitadora
de la Facultad de Odontología de la U.N.M.S.M.

Introducción

Una de las interrogantes que con más frecuencia preocupa al odontólogo durante la confección de un aditamento protésico, es qué relación intermaxilar debe registrar para articular los modelos de trabajo.

Al momento de realizar el montaje de los modelos de trabajo vienen a nuestra mente términos como "eje de bisagra", "relación céntrica", "oclusión habitual", "máxima intercuspidad", y otros tantos términos que muchos de los cuales resultan sinónimos entre sí, aumentado aun más nuestra confusión.

Tal vez los términos que más asociados estén con los montajes de modelos de trabajo sean: la RELACION CENTRICA y la OCLUSION HABITUAL.

Es honesto reconocer que el gran porcentaje de nuestras restauraciones protésicas simples las construimos en la oclusión habitual del paciente; y que, para muchísimos colegas es la UNICA posición en la cual realizan TODAS sus restauraciones.

Sería demasiado ambicioso querer analizar los alcances anatómicos y funcionales de estos dos términos en el presente artículo. Para comprender e interpretar estos alcances es primordial analizar los orígenes de estas posiciones.

Empezaremos, pues, analizando los hechos biológicos que preceden al establecimiento de una OCLUSION HABITUAL, además de establecer las diferencias anatómicas que guarda con la RELACION CENTRICA.

Oclusion Habitual - Relación Centrica

La oclusión habitual y la relación céntrica tienen dos grandes diferencias anatómicas, que se pueden apreciar en el esquema de Posselt (Fig. 1).

Estas diferencias son: la relación céntrica se encuentra por detrás de la oclusión habitual y que además se encuentra a una diferente dimensión vertical (Fig. 2).

¿Por qué se encuentran a diferente dimensión vertical cuando hay contacto dentario?

La razón es la siguiente: la OH (oclusión habitual) es la posición más alta de la mandíbula, posición donde las cúspides de soporte se alojan en sus respectivas fosas y surcos. Es la posición que da la dimensión vertical oclusal (DVO) al individuo. Si a partir de esta posición, nosotros movemos la mandíbula en cualquier dirección, las cúspides

de soporte tendrán que abandonar sus fosas y surcos deslizándose sobre los planos inclinados correspondientes, como sucede cuando llevamos la mandíbula RC (relación céntrica). Como consecuencia de lo anterior, veremos que cualquier posición por fuera de OH, tendrán contactos dentarios sobre planos inclinados (como en RC) que aumentarán la dimensión vertical oclusal del individuo ya que estos planos inclinados obligarán al descenso de la mandíbula.

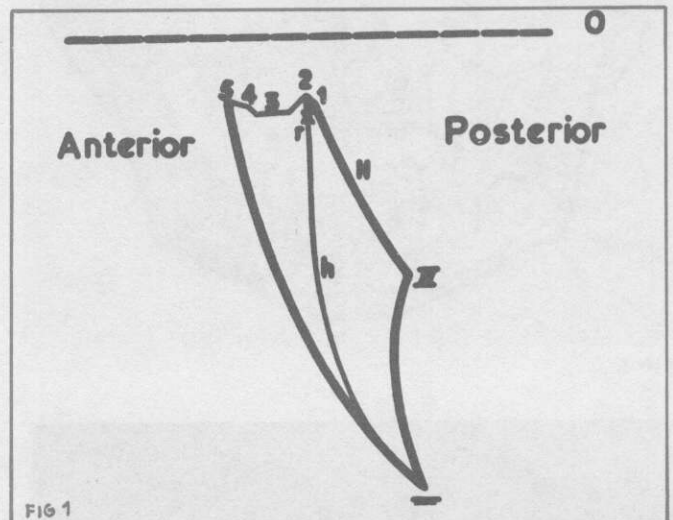


FIG 1

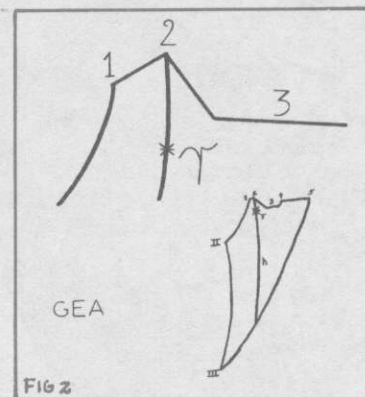


FIG 2

¿Por qué la OH se encuentra por delante de la RC?

La posición mesial de la OH en relación con la RC, ha sido analizada de muchas formas y bajo diversos criterios, y varios de los factores que contribuyen a este hecho se encuentran presentes en diversos momentos del desarrollo

biológico que establece la oclusión adulta en el individuo.

Estos factores, los principales, son:

1. El cambio de la dentición decidua por la dentición permanente.

Cuando la dentición decidua se establece completamente existe una relativa estabilidad interoclusal (Fig. 3). Esta estabilidad se ve alterada al aparecer las piezas permanentes que son en número y en dimensiones diferentes a la serie decidua. Este proceso que establece la llamada dentición mixta, se desarrolla no de la noche a la mañana sino durante un determinado número de años, años en los cuales el individuo tiene piezas deciduas y permanentes a la vez que hacen inestable la interdigitación oclusal y que pueden

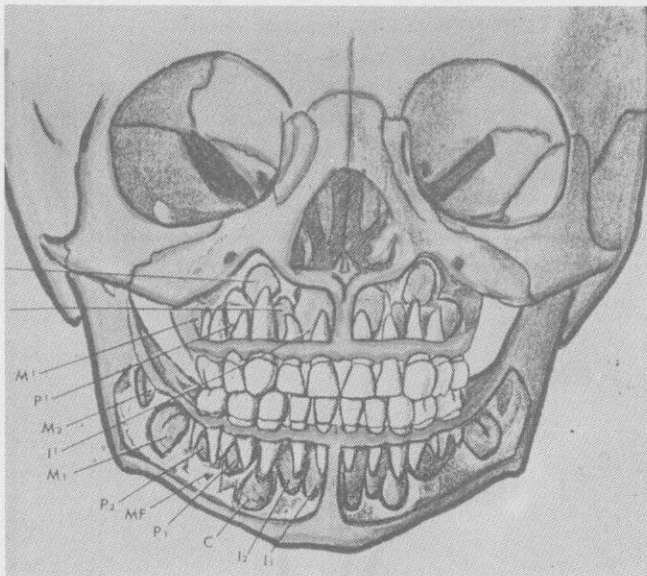


FIG. 3

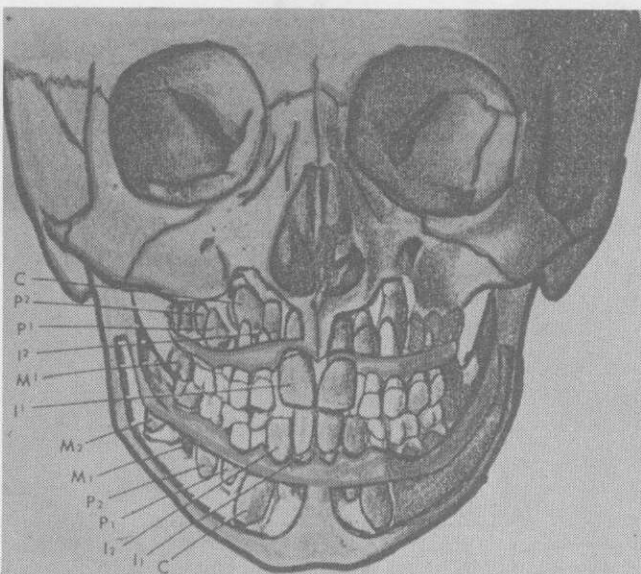


FIG. 4

contribuir a la aparición de una OH por delante de la RC (Fig. 4).

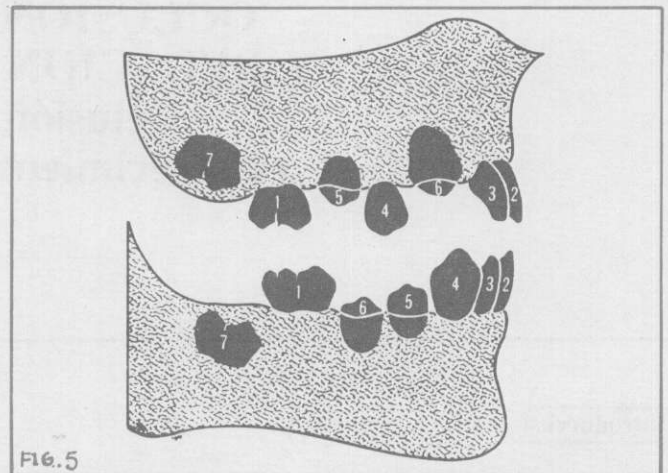


FIG. 5

2. Secuencia de erupción de las piezas permanentes.

Es importante hacer notar la cronología de la secuencia de la erupción de las piezas permanentes. Lo ideal anatómicamente, es que las piezas antagonistas entre sí, erupcionen simultáneamente para que alcancen el plano de oclusión al mismo tiempo, como sucede más o menos con los primeros molares; pero no todas las piezas antagonistas entre sí lo hacen (Fig. 5). Por ejemplo, el primer premolar

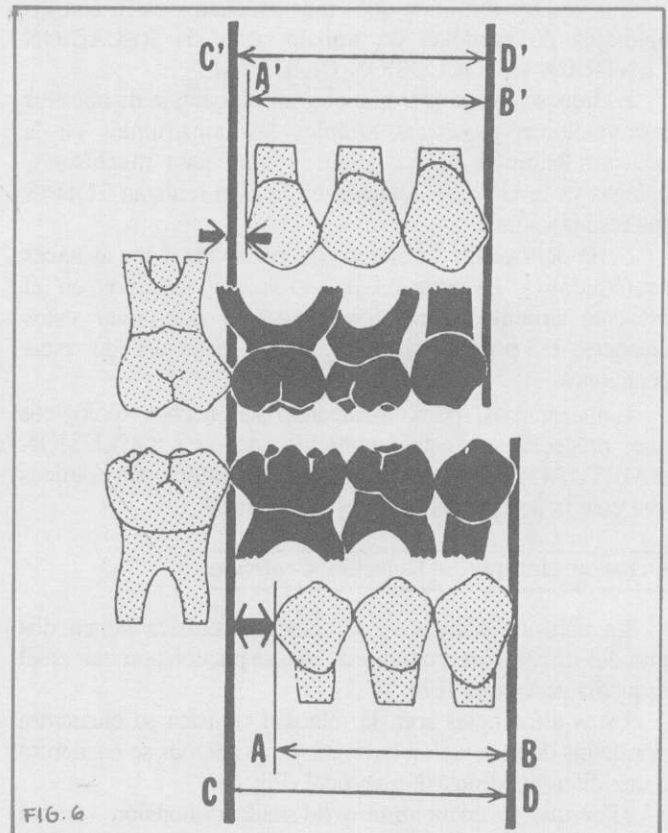


FIG. 6

superior erupciona primero que su antagonista y lógicamente alcanza primero el plano de oclusión, y como el antagonista no lo ha hecho aún, este primer premolar superior sobrepasa el plano de oclusión, pudiendo aparecer luego en estas piezas contactos en céntrica que ocasionen un deslizamiento anterior hacia una OH por delante de la RC.

3. Dimensiones mesio-distales de las piezas permanentes y de las piezas deciduas.

La suma de los diámetros mesio-distales del canino, primer y segundo molar deciduo es mayor que la suma de los diámetros de sus respectivos reemplazantes, canino, primer y segundo premolar (Fig. 6). Como consecuencia de ello, al caer las piezas deciduas y al ser reemplazadas por las permanentes, queda un espacio virtual por detrás de los segundos premolares, espacio que será eliminado por la mesialización de los primeros molares permanentes. Este movimiento mesial de los primeros molares contribuye de algún modo en la aparición de una OH por delante de RC.

4. Disminución de la longitud de arco.

Al erupcionar las piezas dentarias permanentes, éstas se alinean y se estabilizan mesio-distalmente por medio del punto de contacto. Anatómica y funcionalmente las piezas dentarias mantienen su individualidad, y durante la función suceden constantes frotamientos interdentarios a nivel del punto de contacto. Estos frotamientos por la función ocasiona que el punto de contacto se convierta en una faceta o área de contacto debido al desgaste del esmalte en las caras proximales de las piezas dentarias; este desgaste disminuye el diámetro mesio-distal de cada pieza y de toda la longitud de arco del maxilar correspondiente. La disminución de estos diámetros ocasionan mesializaciones progresivas de las piezas en conjunto (Fig. 7-8) contribuyendo también en la aparición de una OH anterior a la RC.

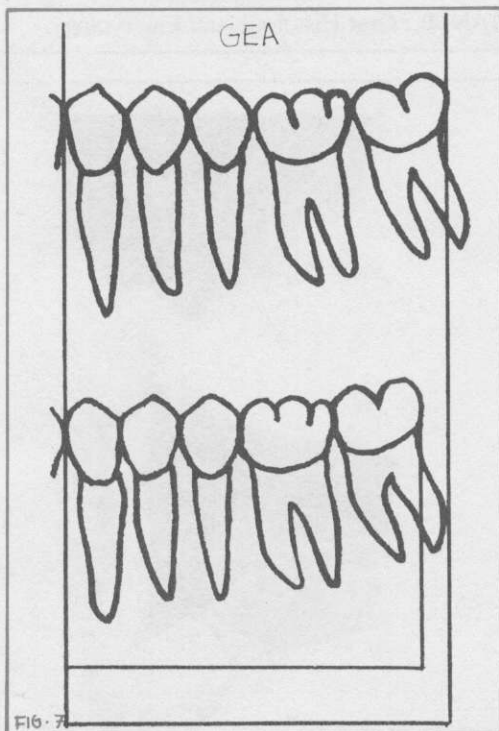


FIG. 7

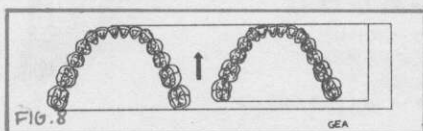


FIG. 8

GEA

5. El componente anterior de fuerzas.

Este término puede ser definido como : La fuerza de vector anterior resultante del encuentro de las piezas dentarias en el plano de oclusión (Fig. 9). Dicho de otro modo, cuando ocluimos nuestras piezas dentarias se produce una fuerza hacia adelante; esta fuerza hacia adelante es debida a la inclinación mesial de las piezas dentarias y a la dirección del arco de cierre mandibular: de atrás hacia adelante y de abajo hacia arriba (Fig. 10). El componente anterior de fuerzas puede desplazar a la oclusión en conjunto hacia una posición más anterior a la RC.

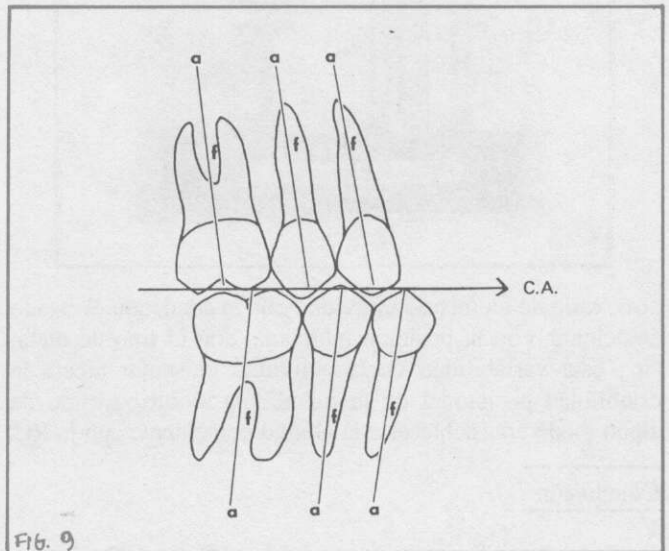


FIG. 9

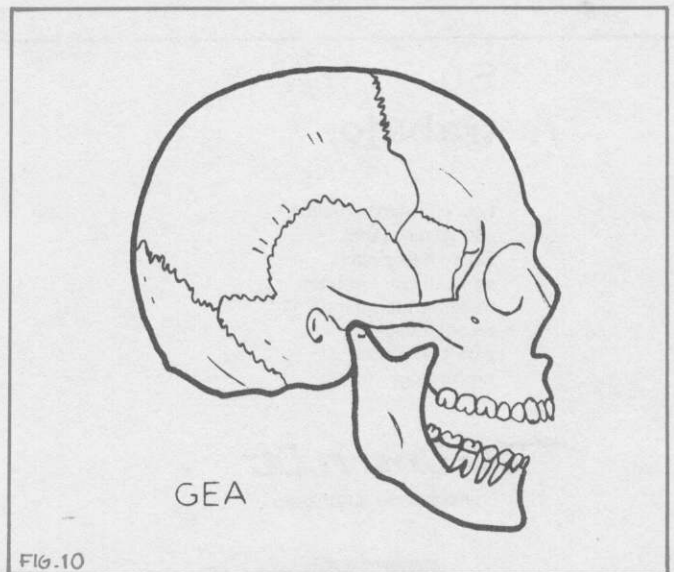
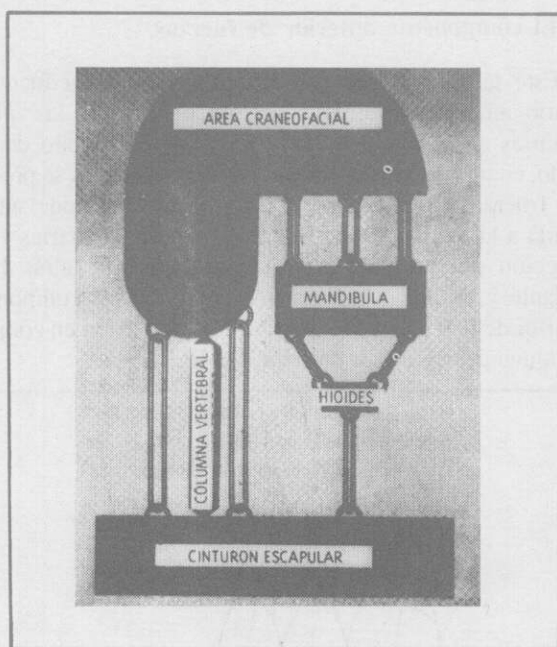


FIG. 10

GEA

6. El componente neuromuscular.

La mandíbula se encuentra en realidad suspendida del macizo craneo-facial por los músculos del aparato masticatorio (Fig. 11). Esta relación anatómica hace que la posición de la mandíbula en reposo y en función dependa bastante de la actividad de estos músculos. La actividad muscular es sumamente variable; varía de un individuo a



otro; varía de un mismo individuo con la edad, con el estado emocional, con la posición adoptada, con el tipo de dieta, etc., esta variabilidad de la actividad muscular afecta la estabilidad posicional de la mandíbula, contribuyendo de algún modo en establecer a la OH no coincidente con la RC.

Conclusión

Todos estos factores, y otros más, ocurren realmente en el desarrollo biológico que antecede al establecimiento y

envejecimiento de una oclusión normal. El conocer estos hechos ayudan en la comprensión de otros temas más relacionados con la aplicación clínica; temas con sus respectivas técnicas de procedimientos que valen aún más si enfocamos el tratamiento en función del desarrollo normal del individuo, de esta manera tendremos la certeza de que nuestros trabajos son armónicos y contribuyen al desarrollo de una salud estable, cumpliendo con los requerimientos de función y estética de nuestros pacientes.

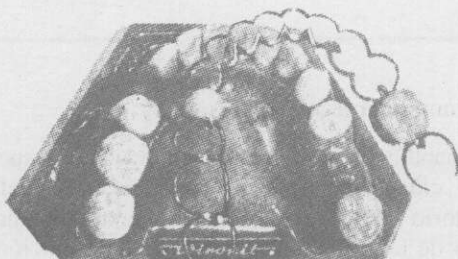
Referencias Bibliográficas

- 1.- CASIRAGHI: Anatomía Funcional y Quirúrgica
- 2.- DAWSON, P.: Problemas Oclusales
- 3.- JANKELSON, HOFFMAN Y HENCHON: Physiology of the Stomatognathic, System.
- 4.- POSSELT, U.: The Physiology Of Mastication
- 5.- ENLOW, D.: Handbook of Facial Growth
- 6.- SHORE, N.: Tempororo mandibular Joint Dysfunction and Oclusal Equilibration.
- 7.- CLINICAS ODONTOLOGICAS DE NORTEAMERICA: Relación Céntrica Dinámica
- 8.- JOURNAL OF THE L.D. PANKEY INSTITUTE: Continuum II.
- 9.- SICHER, H.: Oral Anatomy
- 10.- LOZA F., DAVID: Comunicación Personal
- 11.- GRAGER, E. : Relaciones Funcionales de el Sistema Estomatognatico.
- 12.- ORBAN, B.: Oral Histology and Embryology

Su trabajo

Está en buenas manos, con técnicos que tienen experiencia en su oficio. Un buen trabajo es la mejor recomendación para Ud. y para nosotros.-

Wironit
laboratorio autorizado



"PROPERCOL"

LABORATORIO PERUANO
COLOMBIANO DE PROTESIS
DENTAL S.A.

Av. Arequipa 340 - 6to. P. - Telf. 31-5129 Lima