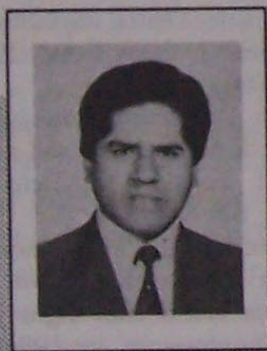


# Relaciones Intermaxilares: Examen-Diagnóstico y Tratamiento

Dr. Eduardo Vicente Z.



- Egresado U.N.M.S.M.
- Especialista Rehabilitación Oral (C.O.P.)
- Miembro Asociación Sociedad Peruana de Prótesis Dental y Maxilo Facial.
- Miembro de la Academia de Estomatología del Perú.
- Profesor de la Facultad de Estomatología - U.P.C.H.

**P**ara el examen-diagnóstico y tratamiento oclusal es necesario reproducir la posición del maxilar superior respecto del eje terminal de bisagra y la ubicación del maxilar inferior en sus diferentes posiciones y movimientos con respecto al maxilar superior.

Estas posiciones y movimientos constituyen las relaciones intermaxilares.

Las relaciones inter-maxilares se deben trasladar a un articulador siendo necesario tomar los siguientes registros:

- 1) Arco Facil
- 2) Relación Céntrica
- 3) Lateralidades
- 4) Protusiva

Antes de tomar los registros debemos:

- Seleccionar el articulador.
  - Seleccionar el material de registro.
  - Seleccionar la técnica de registro.
- Pero Fundamentalmente, decidir la posición de Céntrica Mandibular o sea Relación Céntrica (R.C.) u Oclusión Habitual (O.H).

El presente artículo pretende:

- a. Orientar y fundamentar porque al

realizar el examen-diagnóstico debemos trabajar en la posición de Relación Céntrica y porque durante el tratamiento podemos trabajar en R.C. u o O.H.

- b. Establecer pautas para los procedimientos técnicos de los registros de Céntrica Mandibular. Para llegar a este fundamento debemos conocer que es una oclusión normal y que es una oclusión patológica. Es necesario revisar algunos conceptos oclusales, referidos a la centricidad mandibular, pero es básico interpretar estos conceptos clínicamente.

## RELACION CENTRICA

-Sin dejar de considerar las definiciones del condilo-menisco respecto de la cavidad Glenoidea; la R.C. es una posición independiente del contacto dentario, sin embargo para comprender clínicamente la R.C. es necesario saber llevar el maxilar inferior a la posición de rotación pura o eje terminal de bisagra. Este eje imaginario nos permite comprender que el maxilar inferior (condilo-menisco) puede rotar en la cavidad glenoidea en un arco no mayor de 15 mm., por lo

mencionado, la R.C. se puede registrar a diferentes grados de altura con presencia o ausencia de piezas dentarias.

- Relación céntrica
- Eje terminal de bisagra
- Rotación pura

#### POSICIÓN INDEPENDIENTE DEL CONTACTO DENTARIO

Lo importante es que la R.C. es una posición estable-constante-reperible-reproducible, y que es un punto común de referencia entre el paciente y el articulador.

#### MAXIMA INTERCUSPIDACION

Es el máximo contacto de los dientes superiores contra los inferiores, o sea es una relación dentaria, denominada también oclusión habitual, posición intercuspídea, posición dental, céntrica adquirida, céntrica habitual, pero los términos más usados son máxima intercuspidadación (MIC) y oclusión habitual (O.H.).

- Máxima intercuspidadación.
- Oclusión habitual.

#### RELACION DENTARIA

Si manipulamos el maxilar inferior, y lo llevamos a la posición de relación céntrica y acercamos las superficies oclusales a las del maxilar superior se presentarán 2 opciones, que la posición de relación céntrica con la oclusión habitual coincidan o no.

- La relación céntrica coincide con la oclusión habitual:
- Menor porcentaje de pacientes.
  - 1 arco de cierre.

- Relación céntrica No coincide con la oclusión habitual:
- Mayor porcentaje de paciente.
  - 2 arcos de cierre:
  - Arco de R.C.
  - Arco de Oclusión Habitual.

#### OCCLUSION CENTRICA

Se define al máximo contacto de los dientes cuando los condilos están en R.C. Otros autores sostienen que es sinónimo de máxima intercuspidadación, creando cierta confusión.

Cuando no hay coincidencia de la O.H. con la R.C. se producirá al contacto de un diente o de varios dientes con sus antagonistas y el resto quedarán separados. A este primer contacto se le denomina CONTACTO PREMATURO (o contacto retrusivo o interferencia en relación céntrica).

Así para que se produzca el contacto de todos los dientes, serán los planos inclinados de las piezas dentarias quienes guiarán la mandíbula desde el contacto prematuro hasta que se produzca el máximo contacto de todas las piezas dentarias (MIC u O.H.), dejando los condilos la posición de R.C. (este alejamiento es en mm.) para algunos pacientes esta dentro del rango de normalidad y para otros es considerado patológico.

A este pequeño movimiento se le denomina DESLIZAMIENTO EN CENTRICA. Este movimiento es anterior y superior, con o sin componente lateral.

En la mayoría de la población no hay coincidencia de la R.C. con la posición de O.H., como consecuencia existen contactos prematuros y deslizamiento en céntrica.

Estos contactos aparecen lentamente y son los mecanismos protectores del organismo quienes crean patrones de contracción muscular haciendo que la mandíbula cierre directamente en oclusión habitual.

En un elevado porcentaje de la población, la oclusión habitual es una posición estable y compatible con la salud del sistema estomatognático. Aquí estamos ante la presencia de una oclusión normal, porque el sistema de adaptación del individuo no ha sido vencido.

Pero cuando esta oclusión habitual está acompañado de:

- Deslizamiento en céntrica mayor de un milímetro y con

---

**En un elevado porcentaje de la población, la oclusión habitual es una posición estable y compatible con la salud del sistema estomatognático.**

---

componente lateral.

- Fracturas coronarias.
- Fisuras de Stillman.
- Movilidad dentaria.
- Cambio de sonido a la percusión.
- Migración dentaria.
- Patrón atípico de desgaste oclusal.
- Hipertonicidad muscular.
- Asimetría facial.
- Migración de la adherencia epitelial.
- Efecto de cuña.
- Relación interproximal alterada (migración dental).
- Aparición de diastremas diagonalmente opuestos a un

- contacto prematuro.
- Alteración de lámina dura (Borramiento - engrosamiento) - Alteración del espacio periodontal.
- Reabsorción radicular.
- Hiperpeceementosis.
- Osteoesclerosis.
- Calcificaciones pulpares.
- Fracturas de restauraciones antiguas que no obedecen a malos procedimientos técnicos de operatoria entre otros.

Entonces decimos que estamos frente a una oclusión patológica, porque el sistema de adaptación del individuo ha sido vencido, aquí debemos trabajar en la posición de R.C.

Es necesario mencionar que en las rehabilitaciones protésicas extensas es mejor ajustar la oclusión a la posición de R.C. mediante ajuste oclusal por desgaste selectivo, antes de iniciar el tratamiento aunque nuestro diagnóstico haya sido oclusión normal.

Cuando se realiza el examen diagnóstico Oclusal tenemos que hacer el análisis a partir de R.C. por las siguientes razones:

- La posición de R.C. es repetible, reproducible, estable, constante y registrable. La R.C. es un punto común de referencia entre el paciente y el articulador.
- Al registrar la R.C. determinamos también:

**Cuando vamos a rehabilitar protésicamente a una oclusión normal, debemos respetar la posición de O.H. y si se trata de una oclusión patológica debemos trabajar en R.C.**

- a) Contacto prematuro
- b) Deslizamiento en céntrico.
- c) Oclusión habitual.

Después de realizar el examen diagnóstico oclusal nuestro diagnóstico oclusal será normal o patológico.

Cuando vamos a rehabilitar protésicamente a una oclusión normal, debemos respetar la posición de O.H. y si se trata de una oclusión patológica debemos trabajar en R.C.

De lo anterior se concluye que antes del tratamiento debe estar decidida la posición de trabajo (R.C. u O.H.). La cual es determinada en la fase examen diagnóstico oclusal.

### PROCEDIMIENTOS TECNICOS

#### I. REGISTROS PARA EL EXAMEN OCLUSAL

Es necesario considerar tres factores:

1. El examen oclusal generalmente se realiza en un articulador semiajustable y con un arco facial promedio.
2. Nuestros registros generalmente incrementan la dimensión vertical oclusal (d.v.o.)
3. Se presentan dos categorías:
  - a. Pacientes con dentición natural completa y edentulos parciales con brechas cortas.
  - b. Pacientes edentulos parciales con brechas amplias.

La primera categoría, cuando no hay coincidencia entre la R.C. y la O.H., el registro de R.C. lo hacemos con cera base, con las siguientes características:

- Recortar la cera de acuerdo al modelo superior, teniendo como límites, el borde incisal de los dientes anteriores, el reborde marginal vestibular de premolares, molares y reborde marginal distal del último molar.
- El grosor de la cera no debe exceder los 3mm. (3 láminas de cera-base) porque con un arco facial promedio el centro de rotación es aproximado y en estos casos de registros de R.C. no deben incrementar la dimensión vertical oclusar más de 3mm.

#### PRECAUCIONES:

- La cera puede exceder los 3 mm, si antes hemos usado un arco facial cinemático (centro de rotación verdadero).
- Si el contacto prematuro deja las superficies oclusales del maxilar superior e inferior separado más de 3mm. aproximadamente (a este contacto se le denomina, contacto prematuro grosero), es necesario desgastarlo antes de tomar las impresiones de diagnóstico.

#### PROCEDIMIENTO:

1. Reblandecer la cera uniformemente (en agua tibia).
2. Adaptar la cera al maxilar superior.
3. Con los dedos índice y pulgar de la mano izquierda sostener la cera.
4. Con los dedos índice y medio de la mano derecha sujetar el borde inferior del cuerpo mandibular, a su vez el dedo pulgar de la misma mano se ubicará a nivel vestibular de las piezas # 24-25.
5. Con la mano derecha llevar la mandíbula a rotación pura, hasta que las superficies oclusales del maxilar superior e inferior estén lo más próxima sin que se produzca el deslizamiento en céntrica.
6. Esperar que la cera endurezca.
7. Retirar y comprobar.

Para la segunda categoría, cuando no hay coincidencia entre la R.C. y la O.H., el registro se hará con placa base y rodetes, con las siguientes características, que le darán estabilidad:

- Placa base bien adaptado al modelo.
  - Apoyos oclusales (wipla) que no interfieran con la oclusión dentaria.
  - Colocación de retenedores (wipla)
  - Los rodetes deben estar 2mm. por debajo del plano oclusal.
  - Se harán llaves en los rodetes.
- A su vez para la segunda categoría consideramos dos alternativas.
1. Edéntulos parciales unimaxilar.
  2. Edéntulos parciales de ambos maxilares.

Finalmente diremos que en el examen-diagnóstico en la mayoría de los casos, un factor importante en el registro de centricidad mandibular es: mantener estable la posición condilar y el material de registro entre las superficies oclusales del maxilar superior e inferior.

#### 1. PROCEDIMIENTO (UNIMAXILAR)

- Envaselinar el maxilar con dentición completa.
- Preparar y colocar pasta zinquenólica en el maxilar con rodete.
- Llevar el maxilar inferior a la posición de rotación pura y aproximarle suavemente al maxilar superior sin que se produzca deslizamiento en céntrica.

#### 2. PROCEDIMIENTO (EDENTULO PARCIAL DE AMBOS MAXILARES)

- Envaselinar el rodete del maxilar superior.
- Preparar y colocar pasta zinquenólica en el rodete inferior.
- Llevar el maxilar inferior a la posición de rotación pura, sin que se produzca deslizamiento en céntrica.

Durante el examen-diagnóstico oclusal, al registrar la posición de R.C., y no exista coincidencia entre la R.C. y la O.H., es importante mantener estable la posición condilar y el material de registro entre las superficies oclusales del maxilar superior e inferior.

Cuando la R.C. coincide con la O.H. sólo se relaciona el maxilar inferior al superior, pero si no hay estabilidad en la relación dentaria entonces usaremos placa base y rodetes con las características anteriormente mencionadas, haremos que el paciente junte los dientes.

Durante el examen-diagnóstico oclusal, al registrar la posición de R.C., y exista coincidencia entre la R.C. y la O.H. basta estabilizar la relación dentaria.

#### II. REGISTROS DURANTE EL TRATAMIENTO OCLUSAL

En esta etapa bastará relacionar las superficies dentarias, porque si trabajamos en O.H., esta es una posición dentaria y si trabajamos en R.C. es necesario haber ajustado la O.H. para que coincidan con la R.C., entonces estamos en un caso similar a la anterior.

#### CONSIDERACIONES

1. Si faltan piezas dentarias usaremos placa base y rodetes, con las características mencionadas, usando pasta zinquenólica guiaremos al paciente a su máximo contacto dentario.
2. Si las piezas dentarias están preparadas como pilares de prótesis fija:
  - Si la brecha es corta bastará junta los modelos en el máximo contacto de las piezas dentarias.
  - Si la brecha es larga será mejor colocar una lámina de acrílico autopolimizable en estado plástico hasta que polimerice entre las piezas preparadas y su antagonista, o si el caso lo requiere usaremos placa base y rodetes, pero siempre guiando al paciente a su máximo contacto dentario.

Finalmente, diremos que en el examen-diagnóstico en la mayoría de los casos un factor importante en el registro de centricidad mandibular es mantener estable la posición condilar y el material de registro entre las superficies oclusales del maxilar superior e inferior. Asimismo evitar que la D.V.O. se incremente más de 3mm., durante el tratamiento el factor más importante es mantener estable el material de registro y la máxima relación dentaria, y en esta fase es posible que el registro sea en la D.V.O. del paciente.

---

Durante el tratamiento el factor más importante es: mantener estable el material de registro y la máxima relación dentaria.

---