

RELACION CENTRICA

POSICIONES DE MONTAJE PARA RECONSTRUCCIONES OCLUSALES

Rodolfo Martinelli*

A. GENERALIDADES.

Con el nombre de Relación Céntrica, se ha tratado de identificar una posición mandibular, en la cual se relacionan el maxilar inferior con el superior, en una función esquelética estable y reproducible.

Este término ha ido variando con el tiempo y ha generado dudas sobre la idea de si es lo más adecuado, como punto de partida para realizar una rehabilitación.

El criterio más común, para evaluar la conveniencia de una posición oclusal, era la capacidad de repetición mecánica con que se podía registrar. Sin embargo, estudios de Jankelson, demostraban que en esta R.C. donde los cóndilos se encontraban, en la porción más superior y posterior de la cavidad glenoidea, la neuromusculatura aparecía alterada generando un temblor muscular cuando los sujetos se esforzaban para mantener el maxilar inferior en retrusión.

Esto nos lleva a la necesidad de aclarar, si es esta la posición que debe utilizarse para realizar reconstrucciones oclusales.

B. DEFINICION

Cuando definimos la R.C., hablamos de una relación de maxilares determinado por la posición de los cóndilos dentro de la cavidad glenoidea. Ahora, es interesante pensar que esta cavidad varía

su forma a medida que cada individuo va evolucionando; esto determina una nueva ubicación de los cóndilos dentro de ella, o sea distintas posiciones de R.C. Está comprobado que existe relación entre la oclusión y las ATM durante las etapas de desarrollo y es así que la función influirá sobre la forma. En el recién nacido sólo existen movimientos de abre y cierre, propulsión y retropropulsión al succionar; las ATM y el plano oclusal, se corresponden con los rebordes alveolares que son planos.

Al 1er. año erupcionan las piezas dentarias caducas y comienzan a relacionarse los arcos dentarios y las ATM, se establece así un tripodismo, entre los cóndilos y los dientes determinando una posición mandibular.

Los cóndilos toman características especiales para cada sujeto, que serán el producto del factor genético, la influencia del plano oclusal y los factores externos (como el tipo de alimentación), marcando las diferenciaciones entre los distintos biotipos.

A los cinco años tienen movimientos de apertura cierre y lateralidad, generando modificaciones importantes en las ATM con un crecimiento de los maxilares hacia adelante y hacia abajo, llevando el plano oclusal. A los 8 años, se agregan movimientos de protrusión con disoclusión y a los 12 años se establece el esquema oclusal ya sea función canina o función de grupo.

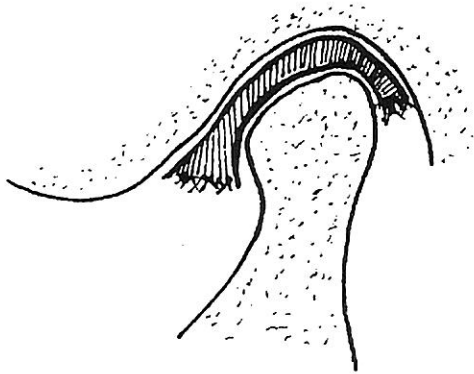
En el adulto con el arco dentario completo, los movimientos mandibulares serán definidos, estarán completamente formadas las ATM el periodonto y el sistema neuromuscular. Los cambios o alteraciones en las vertientes dentarias guías de movimiento generarán alteraciones en la forma articular; y más tarde frente a la pérdida de dientes,

* Asistente Gr. 2, E.T.O.
Prof. Adj. G. 3 (int.) Técnica de Prótesis.

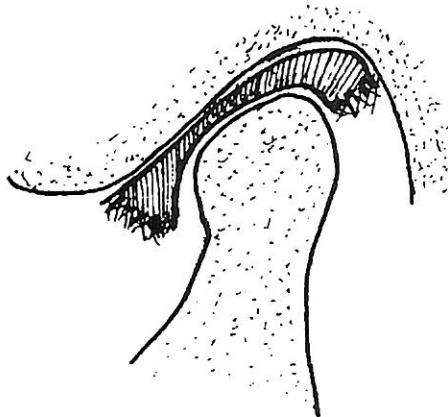
la capa de condrocitos forma hueso y rellena la cavidad cambiándola nuevamente. Por lo tanto no podemos considerar la R.C., como fija durante toda la vida.

Actualmente se utilizan dos términos de R.C.:

1. Hablamos de una R.C. ligamentosa, cuando definimos esta posición como la relación en que se ubican los cóndilos en la porción más superior y posterior de la cavidad sin presionar los tejidos retroarticulares, donde Mc Collum describe el eje de bisagra.



2. R.C. fisiológica, es aquella en la cual los cóndilos están ubicados en la parte más anterior y superior de la cavidad. Esta posición ha sido explicada por autores como Okeson y Dawson.



En esta existe un contacto firme entre las superficies articulares, que asegura la integridad de la articulación, siendo traccionados los cóndilos contra zona anterior de la cavidad, interponiéndose entre ambas superficies, la parte media avascular, fibrosa y delgada del disco articular que demuestra la adecuación de todos los componen-

tes para recibir las máximas presiones generadas por la musculatura. Se ha visto que coincidiría con una oclusión máxima fisiológica, posición en la cual existe el máximo engrandamiento dentario sin alteraciones en los componentes del sistema estomatognático (SE) y donde se desarrolla la máxima presión muscular.

C. TEORIA DE DAWSON

La definición estandar de R.C. como "la más retruída" no es correcta desde el punto de vista de la armonía anatómica y la mayoría de métodos que registran esta R.C., no colocan al maxilar inferior en una posición fisiológica.

Cuando los cóndilos son empujados hacia arriba a su posición terminal, por la contracción de los músculos elevadores, se generaría una relación de tensión muscular.

Este autor la define como la relación de la mandíbula con respecto al maxilar superior, cuando el complejo cóndilo-disco, correctamente alineado, se encuentra en la parte más superior contra el tubérculo articular, y así se determina una posición de "vértice de fuerza de los cóndilos". De esta manera la superficie anterior del complejo cóndilodisco, permanece firme contra el tubérculo articular y desde aquí el cóndilo no puede moverse hacia atrás ni adelante sin descender. Esta posición puede registrarse repetidamente con gran exactitud y es la que se describe como R.C..

D. DIFERENCIAS ENTRE UNA R.C. FISIOLÓGICA Y OCLUSIÓN MÁXIMA ADQUIRIDA

Cuando existen interferencias dentarias el patrón muscular cambia, la desviación es iniciada por los receptores periodontales. La mandíbula se verá desviada por los músculos y con la repetición de esto se establece un nuevo patrón de cierre. Estos patrones memorizados de actividad muscular se denominan "Engramas". El sistema de Engramas propioceptivos guía a la mandíbula hacia una posición adquirida que es fácil confundir con la correcta. En esta posición aparecerá algún tipo de alteración en el S.E. por lo que se deberá estudiar y corregir.

E. TECNICAS DEL REGISTRO DE R.C.

Por desgracia la mayoría de los métodos utilizados en el registro no dan la precisión necesaria para obtener el éxito en nuestra labor.

Debido a los efectos del engrama sobre la

musculatura, es fácil confundir si un maxilar rota libremente en lo que parece una R.C. correcta o está guiado por la musculatura alterada.

Según Dawson la mayoría de las técnicas actuales de registro, se basan en el concepto erróneo de retrusión máxima, forzando el cóndilo hacia atrás y separándolo del tubérculo articular. Con esta técnica de presión en el mentón, si se consigue relajación muscular, los cóndilos se verán forzados hacia atrás y abajo; si no se consigue relajación los pterigoideos mantendrán los cóndilos por delante de la R.C.

Dawson propone entonces un método bimanual para la obtención de la R.C. en la cual llegaría a esa posición superior de vértice de fuerza.

Ramfjord aplicaba el método manual, por medio de una presión sobre el mentón hacia atrás y arriba, buscando ubicar la R.C. ligamentosa en la que los cóndilos se ubicarían en la posición más superior y posterior.

Estos dos métodos están ubicando dos posiciones distintas de R.C. que determinan la necesidad de saber cual se debe utilizar, en el momento de realizar el montaje en articulador.

F. MONTAJE EN ARTICULADOR

Sería lógico pensar que la posición más adecuada para reconstruir una oclusión, sea la de R.C. fisiológica ya que los músculos se encontrarían sin

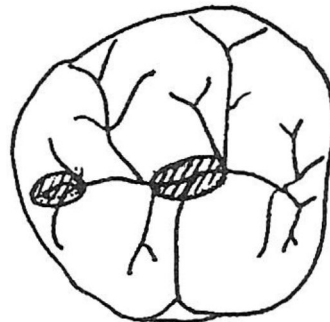
ningún tipo de tensión, y por lo tanto esta sería la posición elegida para realizar el montaje.-

Sin embargo la posibilidad de que en algún momento del día, el paciente pueda llegar a la posición ligamentosa y de esta manera, encontrar interferencias que generen alteraciones en el SE, nos hace razonar, en que deberíamos considerar esta posición más posterior como la de montaje, a partir de lo cual se estudiarían posibles interferencias que deberán eliminarse para realizar nuestra rehabilitación aplicando luego el concepto de "Céntrica Amplia". De esta manera, el paciente obtendrá el confort necesario en su SE sin posibilidad de alterarse ya que podrá libremente ocluir en R.C. fisiológica con mínima actividad muscular y con libertad en el camino hacia la R.C. ligamentosa.

CONCLUSIONES

Salvo casos de restauraciones pequeñas, con un SE sano en que se puede utilizar la oclusión máxima como posición de montaje los demás casos se deberían realizar usando articuladores con montajes en R.C. ligamentosa, construyendo la restauración en libertad céntrica o céntrica amplia, de manera de dar comodidad máxima al SE.

Concepto de Céntrica amplia
Aumentamos el ancho y largo de
la fosa desde la R.C. a la O.M.
fisiológica.



BIBLIOGRAFIA.

- BESHNILIAN, V. Oclusión y Rehabilitación.
- DAWSON, P. Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales.
- DOS SANTOS - Gnatología. Principios y conceptos.
- GROSS, M. La oclusión en Odontología Restauradora. Ed. Labor, 1982.
- JANKELSON, B. Clínicas Odontológicas de Norteamérica. Vol. 2/79.
- MANNS, A. Sistema Estomatognático.
- OKESON, J. Oclusión y afecciones temporomandibulares. 3era ed., 1995.
- RAMFJORD - Oclusión. 2da ed. 1972.
- SHILLINGBURG - Fundamentos de Prostodoncia Fija. Ed. Científicas La Prensa Médica. 1983.