

# Diagnóstico en ortodoncia: puntos de encuentro entre el respeto del sistema estomatognático con el aspecto facial y la oclusión (Parte IV)



Prince Tasaky<sup>1</sup>  
Omar Maximino  
Milia<sup>2</sup>

Raúl A. Portes Rosa<sup>3</sup>

<sup>1</sup>Odontólogo (1981)  
U.C.A. (Universidad  
Nacional de Córdoba  
Argentina)

Práctica privada  
en rehabilitación  
y A.T.M.

<sup>2</sup>Odontólogo (1989)  
U.N.R.(Universidad  
Nacional de Rosario  
Argentina)

Práctica exclusiva  
en Ortodoncia  
y A.T.M. en Madrid  
y Lisboa

<sup>3</sup>Odontólogo (1979)  
U.B.A.

(Universidad Nacional  
de Buenos Aires  
Argentina)

Práctica privada  
en Rehabilitación Oral,  
Ortodoncia  
y A.T.M.

Correspondencia:  
Prince Tasaky  
E-mail:  
princet@ya.com

## Resumen

Los autores proponen la observación racional particular y general de diferentes aspectos clínicos en el diagnóstico de pacientes que serán tratados con Ortodoncia.

**Palabras clave:** Articulador. Oclusión. Relación céntrica. Diagnóstico ortodóncico.

## Summary

The authors expose the general and particular rational observation of different clinical aspects when diagnosing orthodontic patients.

**Key words:** Articulator. Occlusion. Centric relation. Orthodontic diagnosis.

## El articulador-realidad clínica

En esta entrega analizaremos como el empleo del articulador nos sitúa en un inmejorable punto de partida para el análisis, diagnóstico y posterior seguimiento del caso. Cuando se trabaja considerando la oclusión como uno de los elementos importantes en la futura estabilidad de un caso, surge naturalmente la necesidad de este instrumento. Es en este momento cuando surge la inevitable pregunta

### ¿Se puede trabajar sin articulador?

Sí, se puede... y también se puede conducir un auto-móvil con los ojos cerrados; pero en los dos casos, al no contar con las referencias suficientes, correremos el riesgo de estrellarnos. Con esta respuesta, didácticamente radical, pretendemos atender a la también inevitable pregunta.

### ¿En qué casos deben ser montados en articulador?

Evidentemente todos los casos merecen un análisis en estos instrumentos, ya que no es igual analizar la oclusión máxima sosteniendo los modelos con las manos, a tener la posibilidad de evaluar la diferencia

entre esta oclusión y la posición de "relación céntrica". El diagnóstico de un caso ortodóncico puede variar enormemente entre una y otra posición siendo éste un dato que no podemos desaprovechar. Casos que parecen de Clase I pueden pasar a Clase II cuando son montados correctamente luego de estabilizar neuro-muscularmente al paciente. Esta circunstancia puede variar profundamente el diagnóstico y el plan de tratamiento (Figura 1).

### ¿Por qué montar los modelos en relación céntrica?

Antes de explicarlo, queremos aclarar que, según nuestro modo de ver, el término "relación céntrica" clásico tal vez no sea el más adecuado para definir una posición articular ideal, con los músculos no contracturados y repetible. Ese término había nacido con la intención de denominar una posición física de relación entre los elementos incluidos dentro de cada A.T.M. como si de algo matemático se tratara, para pasar a ser, luego de años o décadas, un área donde los elementos articulares llegan, luego de haber disminuido al máximo la actividad muscular, los ligamentos se encuentran sin tensión, y ha habido un retorno al equilibrio líquido intraarticular, frecuentemente alterado fundamentalmente por el exceso de contracciones isométricas, tan frecuentes en nues-



Figura 1.

Figura 2.

Figura 3.



2



3

tra vida diaria. Sin embargo, y con el ánimo de no confundir, mantendremos el término “relación céntrica”.

Si no montamos los modelos en posición de “relación céntrica” perderemos la perspectiva del movimiento que existe en todos los pacientes hacia atrás de la oclusión dentaria máxima, el cual puede ser muy importante, según ya hemos explicado. Además, la “relación céntrica” es repetible en un paciente previamente estabilizado neuro-muscularmente; en tanto que la “posición de máxima intercuspidadación” varía con los movimientos dentarios, las abrasiones y las restauraciones. Esta variación la convierte en una posición de referencia sólo para un momento, ya que puede variar fácilmente y ya nunca podremos recuperar el punto de partida.

### ¿Son instrumentos de precisión los articuladores?

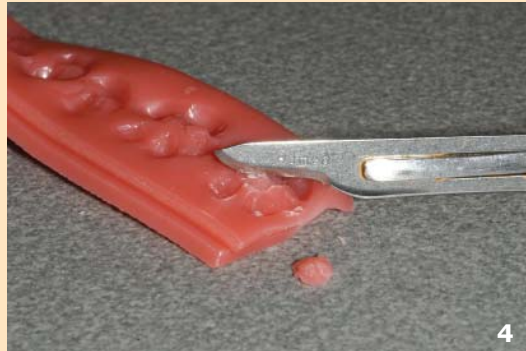
Todos lo son, dentro de las posibilidades constructivas de cada uno; pero es muy importante señalar que: *ningún articulador es más preciso que los registros con los que fue programado*; de hecho, las imprecisiones que suceden durante el trabajo con articuladores ocurren por la influencia de uno o más errores:

- Deformación de la impresión.
- Vaciado incorrecto.
- Recorte defectuoso del modelo.
- No realizar una minuciosa “toilette” (limpieza de burbujas) del modelo y de las ceras de registro.

Figura 4.

Figura 5.

Figura 6.



- Presencia de restos de yeso en los mecanismos condilares y/o en el asentamiento de las platinas de montaje.
- Técnica de montaje incorrecta.
- Articulador desajustado.

Resulta extraño observar que profesionales entrenados para realizar delicadas maniobras de precisión como las habituales en endodoncia, cirugía y odontología restauradora, entre otras, dejen las sutilezas

de lado a la hora de preparar yeso y montar los modelos en articulador. Gran parte de los fracasos en el uso de articuladores se relaciona con un descuido en el trato del modelo, deben examinarse meticulosamente las áreas oclusales en busca de burbujas (Figura 2), para luego eliminarlas con mucho cuidado. También los estiramientos del material de impresión (Figura 3) deben ser evaluados, y en caso de interferir con las áreas a analizar, deberemos repetir la impresión.

Un capítulo aparte es el manejo de los registros interoclusales que tanto trabajo nos dio obtener. Las ceras duras a temperatura ambiente utilizadas para la toma de registros tienen la capacidad de introducirse en las áreas interdientarias, surcos profundos de las caras oclusales, y entre las interfases de las restauraciones y el tejido dentario. Estos accidentes de la anatomía se marcan más en la cera de registro que en un modelo de yeso, por lo tanto deben ser eliminados cuidadosamente de aquélla con el fin que no interfieran, mediante un bisturí (Figura 4). Este es el momento de comprobar el asiento de los registros y recortar, si los hubiera, contactos con tejidos blandos. Todo el tiempo ocupado en realizar las tareas de acondicionamiento del modelo, ceras de registro, control del asentamiento de yeso y ceras, nos será compensado con precisión en el diagnóstico.

Es necesario mantener nuestro articulador escrupulosamente limpio de restos de yeso de montaje porque estos son causa de muchas imprecisiones (Figuras 5 y 6).

También es preciso señalar que algunos profesionales entrenados para colocar anestésicos sin trauma y delicadamente, en el momento que deben colocar un arco facial comienzan a apretar los tornillos del mismo como si se tratara de un instrumento de la inquisición. Es preciso entender que un paciente debe ser mimado en todo momento. Del mismo modo, la toma de registros intermaxilares no debe ser entendida como un pulso entre la musculatura del paciente y nuestros dedos; sólo la suavidad y la delicadeza (tengan presente la inyección de anestesia), pueden llevar a un paciente a las posiciones buscadas.

Después de reseñar algunos de los motivos de imprecisión en el trabajo con articuladores convendría analizar una frase que hemos oído a más de un clínico: "El mejor articulador es la boca". Esta bien intencionada frase creemos que se origina por la falta de éxito en los intentos de que el articulador reproduzca posiciones y movimientos, siendo esto más evidente en los trabajos de restauración que en

el diagnóstico. Los procedimientos y maniobras de la restauración multiplican las posibilidades de error. Dicho esto nos atreveríamos a proponer otra frase: “La mejor pista de prueba de registros y restauraciones es la boca”. La información más relevante que debe ser transmitida a un articulador y reproducida por éste es el “eje terminal de bisagra”. Este eje está presente en todos los pacientes estabilizados neuro-muscularmente y es un eje funcional independientemente de una asimetría condilar. También es preciso señalar que dicho eje no es otra cosa que la posición llamada comúnmente “relación céntrica”.

Es importante destacar que para nosotros, la información más útil que el articulador puede proporcionarnos, es la discrepancia entre “relación céntrica” (R.C.), y “posición de máxima intercuspidad” (P.M.I.). Porque es en este pequeño espacio donde se producirán los contactos con un máximo de fuerza muscular. Es también en este espacio donde apreciaremos los contactos deflexivos. Conforme los dientes se van separando, cada vez resulta menos significativo su análisis.

Creemos que cuanto más se alejan los dientes de la “relación céntrica” es mucho más difícil obtener un registro fiable, por lo tanto la reproducción de los movimientos laterales y protrusivos, mediante la transferencia de registros plásticos (oblas de registro en cera) al articulador es muy imprecisa y muchas veces se obtienen valores claramente imposibles. De todas formas, es la técnica que se describe en todos los manuales de articuladores y en todos los libros que tratan el tema. Desde aquí queremos hacer un modesto llamado a la sinceridad y la investigación sobre este tema, para que quien se inicia en el manejo de articuladores no pierda tiempo y vea sus esfuerzos frustrados con una técnica de registro con tanta imprecisión intrínseca.

Pensamos que no vale la pena ningún otro esfuerzo con el fin de conseguir reproducir trayectorias y posiciones condilares curvilíneas con registros de trayectorias en articuladores semi-adaptables ya que, como hemos señalado, decimos que más allá de los primeros 1 o 2 mm, los movimientos son muy difíciles de registrar y al mismo tiempo van careciendo de importancia diagnóstica.

Grandes esfuerzos de los fabricantes para reproducir distancias intercondíleas (sin relevancia alguna en el diagnóstico y tratamiento), generan pequeños problemas mecánicos que pueden restar precisión en los articuladores de precio contenido.

Con respecto al movimiento inmediato de Bennet, nos gustaría señalar que solamente puede ser diagnosticado y medido mediante pantografía, por lo tanto algunos articuladores semi-adaptables sólo consiguen simularlo. De cualquier manera, todo dentista que se haya propuesto utilizarlo en un articulador sabe que cuando se programa este movimiento, nuestro instrumento pierde precisión justo en el punto que más nos interesa, como es el momento del primer contacto dentario.

Habiendo hecho mención a problemas mecánicos nos gustaría hablar de los accesorios que se incorporan a los articuladores con el fin de seguir los postulados de la llamada “céntrica larga”. Sin ánimo de polemizar con esta disciplina, creemos que la incorporación de tornillos de protrusión en la caja condílea resta precisión al instrumento y confunde al operador, el cual va a tener que trabajar con dos posiciones. La posición de relación céntrica es registrable y reproducible, pero la oclusión dentaria máxima, que se consigue activando el tornillo de protrusión es de un registro y reproducción menos exacta. Al mismo tiempo, el trabajar con dos posiciones y conseguir estabilidad resultaría complejo y confuso.

## Conclusión

Somos conscientes que el uso del articulador es imprescindible para llevar a buen puerto nuestros esfuerzos en el diagnóstico y en el tratamiento, y que es también necesario perseverar en el estudio para obtener resultados fiables y predecibles.

## Bibliografía recomendada

1. Alonso A, Bechelli A. *Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral*. Editorial Panamericana, 1999.
2. Bumman A. *Diagnóstico funcional y principios terapéuticos en Odontología*. Ediciones Masson, 2000.
3. Mc Neill C. *Science and practice of occlusion*. Quintessence edition, 1997.
4. Okeson J. *Oclusión y afecciones temporomandibulares*. Mosby/Doyma, 1995.
5. Palla S. *Mioartropatías*. Ediciones RC libri, 2003.
6. Solnit A. *Occlusal correction*. Quintessence edition, 1988.
7. Stuart C. *Gnathologic tooth preparation*. Quintessence edition, 1985.