

**OCCLUSION**

Mgs. Dra. Bustamante C .Gladys<sup>1</sup>  
 Surco Víctor Jezbit<sup>2</sup>  
 Tito Ramírez Erika<sup>3</sup>  
 Yujra Daza Claudia<sup>4</sup>

**RESUMEN**

La necesidad de encontrar un patrón de oclusión se ha convertido en un elemento fundamental para la función del odontólogo general y del especialista. Este requerimiento ya planteado desde el siglo XIX, ha logrado establecer patrones oclusorios que permitan identificar los componentes que se establecen en la oclusión normal, así como las variaciones establecidas por diferentes clasificaciones y usos de elementos de orientación de las relaciones de los arcos dentarios superiores e inferiores, tanto en el plano sagital, como en el frontal.

Este modelo de distinción que maneja además la fuerzas de movimiento mandibular, permiten clasificar las formas faciales de acuerdo a las características dentales y forma del perfil, adicionándose además algunos componentes como la llave de Robins, el triangulo de Hanau, etc.

**PALABRAS CLAVE**

Oclusión dental, posiciones mandibulares, Llave de Angle, llave de Robins

**INTRODUCCION**

La búsqueda de un patrón oclusal, impulsada por la necesidad de generar estabilidad a los dientes, establecer eficacia masticatoria y mantener la estructura del hueso alveolar se ha hecho desde hace casi dos siglos, habiéndose iniciado con las descripciones de Balkwill y Bonwill en el siglo XIX, siendo mejorada por Gysi quien empieza a describir las fuerzas masticatorias como parte importante de la estructura dental<sup>1</sup>.

Los parámetros iniciales de la oclusión se inicial en el momento en que los dientes erupcionan, ya que en el momento del nacimiento ninguno de los maxilares contacta en algún punto de su superficie, el inicio del contacto de los dientes iniciado con la erupción dentaria, permite iniciar el término de “oclusión temporal”, misma que se modifica con el cambio de los dientes deciduos por los permanentes, hasta la erupción de la muela del juicio, que dará lugar al tipo de oclusión final<sup>2</sup>.

La oclusión así delimitada debe mantener la boca en buen estado de salud, debiéndose hacer notar que en la denominada oclusión normal (término no estricto y estándar en todos los casos) los dientes no hacen contacto de sus superficies en forma arbitraria. De este modo se establecen los términos: *normoclusión*, donde la posición y forma de colocación de los dientes es armónica. *Maloclusión*, cuando los dientes no tienen una posición correcta y genera malposiciones que darán origen a lo que Angle , famoso ortodoncista estadounidense determinó como malposiciones anteriores o posteriores en base al estudio de los arcos dentarios como base del sistema estomatognático y a los movimientos fisiológicos de la mandíbula<sup>3</sup>.

<sup>1</sup> Médico Internista. Docente Emérito UMSA.

Magister en Psicopedagogía y Educación Superior. Magister en Desarrollo Local

<sup>2</sup> Univ. Quinto Año Facultad de Odontología UMSA

<sup>3</sup> Univ. Cuarto Año Facultad de Odontología UMSA

<sup>4</sup> Colaboración: Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

Por lo tanto el estudio de los tipos de oclusión permite al odontólogo a tomar decisiones en el manejo ortopédico de los pacientes portadores de alteración oclutória, ya que de ello dependerá la capacidad masticatoria del sujeto.

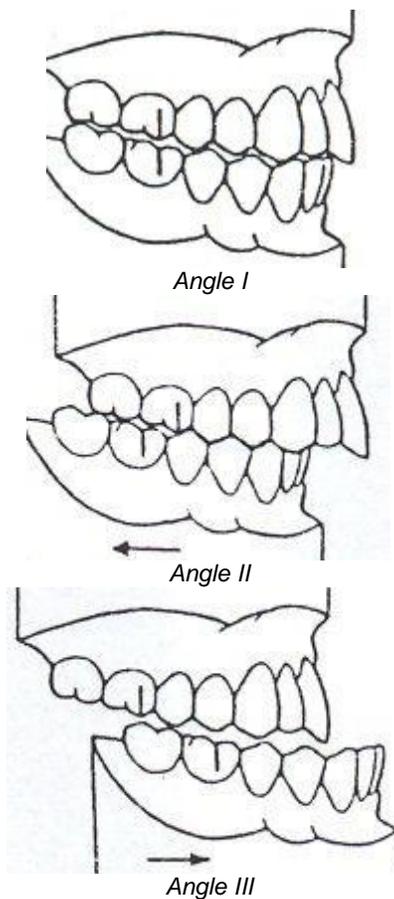
### POSICIONES MANDIBULARES

Cuando se habla de posiciones mandibulares se menciona a situaciones estáticas de inicio y final de los movimientos mandibulares, siendo importantes la :

a. Oclusión céntrica ( posición de máxima intercuspidadación –PMI), denominada así a la posición donde existe mayor contacto entre ambos arcos dentarios, donde las superficies oclusales tienen relaciones exactas entre cúspide, fosas y rebordes marginales, además de contener una gran fuerza de los músculos masticatorios, presente en la masticación y deglución de los alimentos. Las relaciones de cada elemento antagonista pueden ser <sup>26</sup>:

- **Dos a uno**, cada elemento dentario superior o inferior se relaciona con dos antagonistas, excluyendo a los incisivos centrales inferiores y terceros molares superiores.
- **Llave de Angle**, quien utiliza la cúspide mesiovestibular del primer molar superior como punto fijo de referencia de esta llave, relacionándolo con el surco mesiovestibular del primer molar inferior, a la que denominó Llave de *Angle I*. A la relación de la cúspide mesiovestibular del primer molar superior en el surco interdental entre el primer molar inferior y segundo premolar inferior o más adelante en el arco inferior, la denominó *Angle II* o *distocclusión*. Finalmente la relación de la cúspide

mesiovestibular del primer molar superior con el surco distovestibular del primer molar inferior o más atrás del arco inferior, la denominó *Angle III*.

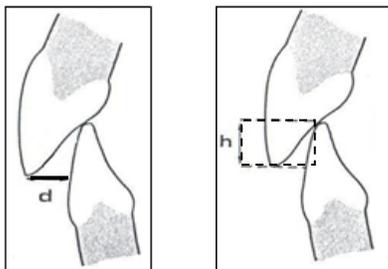


Fuente: Anit. J. P. Oclusión

- **Llave de Robins**, quien utiliza a los caninos como base de esta llave, siendo una clasificación de carácter funcional debido a los movimientos excéntricos que regulan estas piezas. De esta manera denomina *Robins I* a la relación donde el canino superior se encuentra en el surco interdental entre el canino inferior y primer premolar. *Robins II* donde el canino superior contacta con el inferior en el plano vertical o entre el canino inferior y el incisivo lateral inferior., y finalmente *Robins III*,

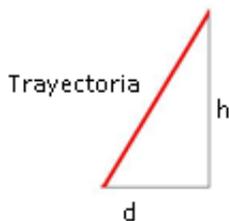
donde el canino superior se relaciona con el surco interdentario entre ambos premolares inferiores<sup>2</sup>.

- **Overjet.** Desde un plano sagital se define al overjet como la distancia media horizontal que existe entre el borde incisal del incisivo superior a la cara vestibular del incisivo inferior.
- **Overbite.** Es la medida vertical entre dos líneas que se trazan paralelas a los bordes incisales de los incisivos de ambos maxilares o el entrecruzamiento entre los incisivos superiores e inferiores en una visión sagital



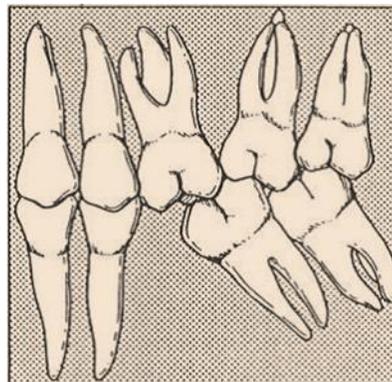
Fuente: Anit. J. P. Oclusión

- **Triángulo de Hanau:** es la línea que recorre el borde incisal del incisivo inferior sobre la cara palatina del incisivo superior, hasta el lugar del resalte o entrecruzamiento, llegando a un valor absoluto de 0, que significa que no hay resalte ni entrecruzamiento<sup>2-3</sup>.



- **Paralelogramo de Godón:** Establecido por la explicación que tenía Godón de que el equilibrio de las fuerzas dentarias dependía

de la articulación témporomandibular, la oclusal y la alveólodentaria. En este sentido se observan dos fuerzas verticales (en el molar superior hacia oclusal, anulada por su antagonista), dos fuerzas contrapuestas horizontales de dientes vecinos que también se anulan a las que en visión sagital se agregan: la lengua, los labios y el buccinador, con lo cual se explica que la pérdida de alguna pieza dentaria rompa la estabilidad de dichos elementos

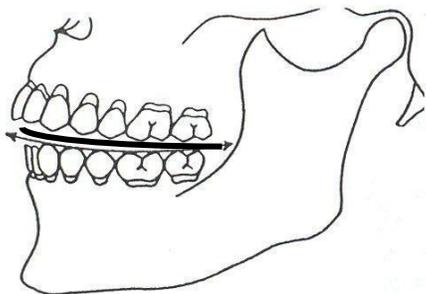


Fuente: Anit. J. P. Oclusión

- **Superficie oclusal:** formada por las vertientes internas de las cúspides premolares y molares, de éste modo se denomina superficie oclusal a la cara palatina de los superiores y tercio incisal de la cara vestibular de los inferiores.
- **Cúspides de soporte de oclusión:** que son aquellas que soportan fuerzas axiales y mantienen la dimensión vertical, como ocurre en las cúspides vestibulares de la mandíbula y palatinas del maxilar, éstas a su vez pueden pertenecer a un: Primer grupo o mandibular de premolares y molares, Segundo Grupo de incisivos y caninos inferiores que ocluyen con los superiores; Tercer Grupo de

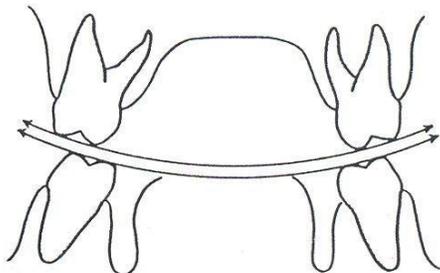
cúspides palatinas de premolares y molares

- **Curva de Spee:** Es una línea curva que va desde el vértice del canino hasta el segundo molar por las cúspides vestibulares de los inferiores., y registra los movimientos de propulsión y retropropulsión



Fuente: Anit. J. P. Oclusión

- **Curva de Wilson:** Registra los movimientos de lateralidad en el plano frontal, tiene como límite anterior a los caninos y se observa en premolares y molares con diferente radio de curva.



Fuente: Anit. J. P. Oclusión

### OCCLUSION NORMAL

Se define consiguientemente como oclusión normal a la alineación oclusal armónica de las piezas dentarias del arco superior y del arco inferior, que están en relación de contacto, donde la arcada superior es más grande que la arcada inferior, los incisivos sobresalen y existe una sobremordida normal, si es que cubre 1/3 de la corona

inferior, Strang menciona las siguientes características de una normocclusión.

1. Debe contener todos los dientes, membrana periodontal, hueso alveolar, músculos masticatorios y hueso basal.
2. Las vertientes cuspidas que entran en contacto son las que soportan la función oclusal.
3. Cada diente debe tener un equilibrio en los huesos en los que se encuentran implantados y con el resto de los huesos del cráneo y la cara.
4. Las relaciones proximales y las inclinaciones axiales con cada diente vecino deben ser correctas.
5. Los huesos de la cabeza y la cara deben tener un desarrollo y crecimiento favorables.

### CLASIFICACION DE LA OCLUSION

Para la relación de los problemas de oclusión se toman en cuenta las relaciones intermaxilares, de contacto dentario mínimo o máximo sin movimiento, con movimiento, en relación de cercanía durante la masticación o en reposo, analizadas en el plano sagital horizontal y transversal<sup>3,6</sup>.

A partir de los elementos del P.M.I., se establecen los perfiles

- a) Ortognático, que corresponde a la Clase I de Angle, con correcto overjet y overbite, con Llave de Robins I
- b) Retrognático: o Clase II que tiene un perfil convexo, la mandíbula tiene aumento de entrecruzamiento y resalte, y el Robins es II
- c) Prognático: o Clase III con protrusión de la mandíbula y consiguiente perfil cóncavo, entrecruzamiento y resalte invertido, y Robins III

Del mismo modo se puede explicar por <sup>3-5</sup>.

95/ord10195.htm Fecha de acceso  
31 de mayo del 2012

- a. Alteraciones anteroposteriores
  - a. Clase I
  - b. Clase II
  - c. Clase III
- b. Alteraciones transversales
  - a. Mordida cruzada
  - b. Mordida en tijera
- c. Alteraciones verticales
  - a. Sobremordida
  - b. Mordida abierta

### BIBLIOGRAFIA

1. Gandini Ribas M.R. Estudio sobre la eficacia masticatoria con dos tipos de oclusión en pacientes con prótesis totales. Tesis doctoral URL disponible en:  
<http://www.tesis.ufm.edu.gt/pdf/3171.pdf>. Fecha de acceso 30 de mayo del 2012
2. Anit. J. P. Oclusión. URL disponible en:  
<http://www.fodonto.uncu.edu.ar/uploads/OCLUSION.pdf> Fecha de acceso: 30 de mayo del 2012
3. Anónimo. Tipos de oclusión. URL disponible en:  
<http://www.clinicaponce.com/tipos.php> . Fecha de acceso 31 de mayo del 2012
4. Ugalde F. Clasificación de la maloclusión en los planos anterior, vertical y transversal. Revista ADM 2007;64 (3).97-109 URL disponible en:  
<http://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2007/od073d.pdf> Fecha de acceso: 30 de mayo del 2012
5. Anónimo. Tipos de oclusión. URL disponible en:  
<http://www.clinicaponce.com/tipos.php> . Fecha de acceso: 31 de mayo del 2012.
6. Zielinsky L. Un concepto integral de oclusión . URL disponible en:  
[http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol10\\_1\\_](http://bvs.sld.cu/revistas/ord/vol10_1_)