

ARTICULO CIENTIFICO

Placas miorrelajantes



Dr. Christian R. Groves (Odontólogo U.B.A).
Docente del curso de Posgrado "Oclusión y Rehabilitación Oral" dictado por los Dres. Aníbal Alonso y Gustavo Vernazza (Clínica D.A.T.O).

Las placas miorrelajantes son aditamentos muy útiles en la práctica diaria odontológica para ser empleadas en la totalidad de los pacientes que presenten signos o síntomas de patología en el sistema estomatognático.

Al comienzo mismo de este artículo sobre placas miorrelajantes, ya nos hemos topado con dos conceptos importantísimos a la hora de indicarlos.

El primero es el de **PACIENTE**, entendiendo que es toda persona que ha recibido tratamiento odontológico de cualquier tipo o aquél que si bien no fue tratado, presenta signos, síntomas o consecuencias de patologías como ser dolor dentario, muscular o articular, movilidad dentaria, desalineaciones groseras, facetamientos, deflexión mandibular, apiñamientos o dispersiones dentarias, etc.

Es deber nuestro en base a nuestro caudal de conocimientos, diagnosticar tempranamente a estos **PACIENTES** y diferenciarlos de los **INDIVIDUOS**, que son aquéllos que no necesitan del tratamiento odontológico.

El segundo concepto es el de **SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO (S.E)**, entendiendo el autor que es imposible comenzar a analizar la problemática oclusal que nos llevará a la indicación o no de una placa, si no tomamos en cuenta que **NO** se puede separar la suerte de las piezas dentarias, de los demás componentes del sistema en que se encuentran situados, conformado también por huesos maxilares superior e inferior, hueso temporal, articulaciones alveolodentarias y temporomandibulares, ligamentos, vasos, nervios y además 32 piezas dentarias.

A su vez, es importante remarcar que el 99% de la población tiene dos arcos de cierre, esto quiere decir que posee el arco de

cierre esquelético dado por nuestras estructuras anatómicas articulares (**A.T.M**) y el segundo arco llamado **ADQUIRIDO**, el cual es consecuencia de la presencia de paredes físicas (dientes desalineados) que nos llevan a obtener nuestra posición de máxima intercuspidad (oclusión habitual = **O.H**) que no es más que una pequeña excéntrica mandibular. Esta pequeña excéntrica obliga a nuestros músculos **Pterigoideos externos** a propulsar la mandíbula en busca de esta **O.H**, la magnitud de este estiramiento ligamentario y articular determinará si nuestra **O.H** se mantendrá fisiológica o patológica.

Queda claro entonces que puede existir una **oclusión habitual fisiológica**, que es aquella en la cual no se visualizan signos ni síntomas de patologías en el **S.E**. Pero también existe el concepto de **TERRENO PREDISPONENTE**, el cual habla de no agravar la situación de pacientes que poseen en el organismo desórdenes ligamentarios como **hiperlaxitud** o simplemente factores hereditarios, que no necesitan de nuestra ayuda para generar patologías si es que les realizamos tratamientos que los cambien a una nueva **O.H** y que no sabemos cómo el organismo recibirá a la misma.

Este último caso es en donde se juega la importancia de este artículo, ya que la **O.H patológica** debe ser modificada por una posición que brinde salud; es decir una posición de tratamiento con fundamentos orgánicos.

El organismo en su *crecimiento y desarrollo* nos muestra a los odontólogos como se organizan **dos REHABILITACIONES DENTARIAS COMPLETAS**, la temporaria y la definitiva.

En base a la observación de este proceso fisiológico y natural, se creó la **filosofía DATO** que organiza los tratamientos desde los dientes anteriores hacia los posteriores, como lo hace el chico con la erupción de sus incisivos temporarios obligando a la mandíbula a adoptar **DICTATORIALMENTE** una posición dentro de la **cavidad glenoidea** conocida como **OCCLUSIÓN EN RELACION CÉNTRICA (O.R.C.)**.

Esta **O.R.C.** que elige el propio cuerpo de un niño en desarrollo, no puede ser bajo ningún concepto una posición dañina. Esto es algo para tener en cuenta a la hora de elegir una posición de tratamiento para nuestros pacientes cuya oclusión habitual se haya vuelto patológica.

Para comenzar a clarificar el panorama deberíamos no sólo saber las indicaciones, sino también las funciones y tipos de las **PLACAS MIORRELAJANTES**.

Las mal llamadas placas miorrelajantes son en realidad **INTERMEDIARIOS OCLUSALES** que no relajan ninguna musculatura, sino que brindan ineficacia al **sistema Estomatognático** en los momentos parafuncionales.

Clasificamos a los intermediarios oclusales -según invadan o no el espacio libre interoclusal- en:

Provisorios y suplementos: No invaden el E.L.I.

Placas orgánicas: Invaden lo mínimo posible el E.L.I.

Las placas orgánicas le otorgan al paciente en forma reversible una **oclusión terapéutica** basada en los principios de una **oclusión orgánica**.

Los principios de la **oclusión orgánica** nos hablan de tener **AXIALIDAD** y **ESTABILIDAD** de las fuerzas en el cierre mandibular, y una **NO INTERFERENCIA** en los movimientos laterales.

La **oclusión terapéutica** que debemos brindar tiene los mismos conceptos; sólo cambia el nombre porque somos nosotros y no el organismo quien brinda estos principios. De esta manera podemos obtener la tan ansiada **CENTRICIDAD MANDIBULAR** al brindar **centricidad articular y dentaria**.

Es por esto que la posición elegida para darle a nuestros pacientes que necesitan una **placa orgánica** es la **O.R.C.**, ya que es la única posición **sin deflexiones**, con la **máxima estabilidad oclusal** posible y con la menor participación de **engramas**, a partir de la cual podemos realizar todos los **movimientos excursivos mandibulares**. Por otra parte, es imposible realizar una placa en **O.H.**, ya que ésta es producto de las **paredes físicas** (dientes) que fuerzan esa

posición; en cambio, la **O.R.C.** es la única posición repetible gracias a la presencia de **vínculos anatómicos** en las **A.T.M.**

La función de las **placas orgánicas** es brindarle al **sistema Estomatognático** condiciones **biomecánicas** favorables durante la parafunción, **ferulizando** las piezas dentarias en su interior, desprogramando los engramas, protegiendo las estructuras del **S.E.**, siendo la única forma de tratar a cielo cerrado los **desórdenes internos** de las **A.T.M.** ya que... "*Hacia donde van los dientes van los cóndilos...*"

Las técnicas de confección de las mismas son variadas; lo importante es brindarle al paciente al final de nuestro tratamiento una placa que le devuelva un **solo arco de cierre** dándole **OCLUSIÓN** más **DESOCLUSIÓN**.

En este artículo se explicará la confección de placas sin necesidad de montar en articulador contra un antagonista, sino solamente tomando una impresión de alginato del maxilar superior, para obtener un modelo yesoso del mismo (Figura 2).

En la **única situación** en que se deberían realizar **placas inferiores** es en el caso de los **desdentados bilaterales inferiores**, en donde la confección de **placas superiores** no haría más que agregar otra prótesis a usar en la boca. Además, una **placa en el maxilar inferior**, sólo agrega masa al cuerpo que ya de por sí posee **aceleración en el cierre** (mandíbula), aumentando entonces la fuerza del **cierre mandibular**.

Una vez realizado el llenado de la impresión con **yesso tipo III**, se envía al laboratorio de prótesis dental a confeccionar una **cera** con la forma de la placa como si estuviera ya terminada (Figura 3).

Estas placas poseen unos **montículos** a nivel de los **caninos**, que usaremos como **terraplenes** sobre los cuales los **caninos inferiores** guiarán las **lateralidades** (Fig. 4).

En el caso fotografiado, veremos una indicación muy particular de estas placas orgánicas. Se trata de utilizar el **efecto ferulizador** de las mismas como contención del **maxilar superior** post-tratamiento por corrección de los ejes **corono-radicales** (Ortodoncia) (Fig. 1).



Figura 1: Foto postoperatoria de tratamiento de ortodoncia, previo al retiro de la aparatología fija.



Figura 2: Modelo yesoso - reproducción de la situación final del tratamiento correctivo.

Con la cera colocada en el maxilar superior, se toma un **registro oclusal** de las **piezas dentarias antagonistas** empleando una técnica de **inducción manual a céntrica** (Figura 5).

Justamente este registro se tomará hasta que se produzcan las **indentaciones** de los **caninos inferiores** sobre estos **terraplenes**, que son la analogía de la **cara palatina** de los **caninos superiores** (Fig. 6).



Figura 3: Cera con forma de la placa terminada, para toma de registro.

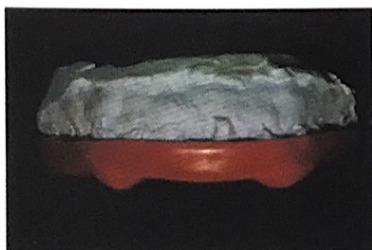


Figura 4: Montículos caninos, terraplenes guías de la desoclusión canina.



Figura 5: Indentaciones correspondientes al registro oclusal inferior.



Figura 6: El registro se toma hasta la indentación del canino inferior.

Es esta **maniobra clínica** la que nos permitirá usar el **efecto centralizador** del **contacto bilateral** y simultáneo de **caninos**, el cual nos brinda además **desoclusión** y **desprogramación** de los **engramas**.

Una vez tomado el registro, se envía nuevamente al laboratorio para ser terminada la placa en **acrílico de termocurado**.

Este es el punto de partida para la confección clínica de la misma, la cual implica el **rebasado en boca** con **acrílico de autocurado**, ya que es imposible sacar de una **mufa** un acrílico con la misma forma con que se lo incluyó en ella (Figura 8).



Figura 7: Placa orgánica ajustada con respecto a los tejidos blandos y zona de las arcadas.

Esta es la justificación del **rebasado** y **ajuste oclusal** de la **placa** en boca.

El objetivo de este tratamiento es darle al paciente una **oclusión** mutuamente protegida y compartida, que le devuelva en forma reversible **sistemas de protección** frente a la **parafunción**.



Figura 8: El rebasado de la placa en boca, brinda el ajuste interno - Zona de retención.

Desde los **terraplenes caninos** deben comenzar los movimientos de **propulsión** y **lateralidad**; por lo tanto en ellos se visualizarán las marcas de pequeños **arcos góticos lateralizados** en los mismos (Fig. 9).



Figura 9: Marcas oclusales de topes cuspidéos inferiores. Arcos góticos propulsivos y laterales.

Estas placas poseen **desgastes** hechos a favor de los **tejidos blandos**, para evitar incomodidades del tipo de las **arcadas** o **abultamientos labiales** que perjudiquen a la **dicción** (Figura 7).

El **ajuste oclusal** continúa hasta establecer la misma intensidad en todos los contactos con las **piezas dentarias antagonistas** (Figura 9).

El contacto corresponde a los topes cuspidéos de las estampadores inferiores, por lo tanto, las cúspides linguales no deben contactar, y si solamente las vestibulares. Esto es de vital importancia ya que gracias a la anatomía de las piezas dentarias posteroinferiores, el contacto sobre las cúspides estampadoras hace caer las fuerzas sobre el eje axial de las mismas, asegurándonos la estabilidad de estos dientes.

Esto es posible ya que desde los contactos marcados en la placa, tanto hacia vestibular como hacia palatino, se genera un diseño abovedado generando una curva frontal de Wilson que permite que en ningún movimiento lateral haya un contacto de las cúspides linguales de corte que No generan axialidad.

La confección de **placas orgánicas** es un **recurso terapéutico** al alcance de todos los

odontólogos que piensen a las **bocas de sus pacientes** como parte de un sistema más allá de las **piezas dentarias** (Figura 10).



Figura 10: Placa orgánica instalada en boca, devolviendo al paciente oclusión más desoclusión (Oclusión Terapéutica).

Todos estos conceptos y procedimientos clínicos son muy difíciles de apreciar en su totalidad en un artículo científico. Es por esto que las autoridades del **Círculo Odontológico de Lanús** me han convocado para brindar una **nueva conferencia** en la sede del mismo, en donde se explicará en su totalidad el concepto de las **placas orgánicas**, en lo que respecta a su **confección e instalación**.

La conferencia abarcará también **casos clínicos de Rehabilitación Oral** compleja con **prótesis fija dentaria e implantaria** en donde también se indican las **placas orgánicas**.

Bibliografía recomendada:

- * *Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral.* Alonso-Albertini-Bechelli. Editorial Panamericana.1999.
- * *Oclusión y afecciones temporomandibulares.* Jeffrey P. Okeson. Mosby/Doybros.1995.
- * *Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales.* Peter E. Dawson. Salvat 1991.
- * *Disfunción de la articulación Temporomandibular.* Annika Isberg. Artes médicas Latinoamérica 2001.

N. de R.:

El **Dr. Groves** se recibió de **Odontólogo** en la facultad de **Odontología** de la **Universidad de Buenos Aires** en el año **2001**.

Desde entonces se dedica al estudio de la **Oclusión y la Rehabilitación Oral Implantoasistida**.

Luego de haber realizado **numerosos Posgrados** en la materia, se volcó a la docencia en el área, brindando conferencias a nivel **nacional e internacional**.

Actualmente el **Dr. Crhistian Groves** divide su tiempo profesional entre la docencia y la atención de pacientes particulares, otorgando en cada tratamiento una **visión interdisciplinaria** de la **Odontología**.

Ante cualquier duda o consulta el **Dr. Groves** atenderá a sus colegas telefónicamente en el **4247-8926** (Consultorio de **Lanús Oeste**) o vía **E-mail** a **drgroves.arg@gmail.com**