
GUIA ANTERIOR*

Dr. FERNANDO FUENTES**

PALABRAS CLAVES:

Guía anterior
Oclusión
Fonética

* Trabajo realizado durante el 1er. Curso de Rehabilitación Oral de la A.O.U. (1982-1983).

** Asistente de Clínica de Prótesis 1º, de la Facultad de Odontología de Montevideo.

I) DEFINICION E IMPORTANCIA

El correcto funcionamiento del Sistema Estomatognático implica una armónica interrelación entre sus integrantes, oclusión, periodonto, sistema neuromuscular y articulaciones temporomandibulares. La oclusión es la encrucijada del Sistema Estomatognático y cualquier alteración que exista en ella llevará casi siempre a alguna modificación en uno o algunos de los demás componentes, tendiente o no a compensar dicha alteración. (5; 20)

La morfología oclusal obedece al dictado de la función mandibular. Una modificación de la forma oclusal que deba ser restaurada implica conocimiento y respeto de todos estos factores.

Cuando se debe restituir la anatomía y función perdida o alterada a nivel oclusal será necesario conocer sus determinantes. Ellas son: el S.N.M., las A.T.M. y la guía anterior. (9; 15)

Se puede definir la guía anterior como la relación dinámica de los dientes anteriores inferiores con los superiores en todos los límites de la función. (8)

Se prefiere el término guía anterior en lugar de guía incisiva, como clásicamente se la denominaba, porque se involucra así también a los caninos cuya influencia en los movimientos mandibulares de lateralidad es trascendente. (11) Los contornos de la totalidad de los dientes posteriores son dictados por la guía condílea y la anterior, por ende ningún diente posterior debe interferir con ellas. Muchos autores resaltan la importancia de la guía anterior en rehabilitación oclusal.

Broderson (6), por ejemplo, dice que la relación de los dientes anteriores es el factor más importante en la restauración y mantenimiento de una oclusión ideal. Heinlein (10), señala que una vez localizada la relación central, el adecuado diseño de la guía anterior es el factor más importante en el éxito de una buena reconstrucción oral.

Schuyler (21), por su parte considera que lo que él llama la guía incisal es la llave de una oclusión funcional. Schwartz (22) enfatiza el hecho de que los dientes anteriores se desarrollan antes que los dientes posteriores completen su erupción, influyendo por lo tanto sobre las posiciones finales de los mismos. Muchos otros autores le dan a este tema trascendental importancia dentro de la oclu-

sión y rehabilitación. (11)

Además de las funciones de incisión de los alimentos, de colaborar en el lenguaje oral y de colaborar en la estética facial, los dientes anteriores cumplen la importante función oclusal de proteger a los dientes posteriores (6). Las caras palatinas de los dientes anterosuperiores actúan como planos inclinados que dirigen la mandíbula a un cierre más vertical y posterior evitando de esa manera componentes horizontales sobre los dientes posteriores. Por otra parte los dientes anteriores así ubicados constituyen una fuente de información propioceptiva que induce el desplazamiento mandibular (7; 16). Mientras que los dientes anteriores protegen a los posteriores desocluyéndolos en las posiciones excéntricas, los posteriores protegen a los anteriores recibiendo mayores fuerzas en oclusión máxima, cuando las contracciones de los músculos elevadores dejan de ser fásicas para transformarse en tónicas. (3; 24)

II) DETERMINANTES DE LA GUIA ANTERIOR

Las cuatro determinantes de la guía anterior son: 1) Estética, 2) Fonética, 3) Relaciones posicionales de los dientes anteriores y 4) Movimientos condilares bordeantes.

Respecto a los movimientos condilares Broderson (6) establece que si no hubiera dientes en la boca, los músculos, ligamentos y forma funcional de las A.T.M., determinarían el patrón de movimiento de la mandíbula. Las superficies oclusales de los dientes deben estar en armonía con estos movimientos o el sistema estomatognático se afectaría.

Cada individuo exhibe movimientos bordeantes condilares únicos que son controlados por los dientes anteriores y el sistema neuromuscular. A pesar de que muchos autores le otorgan importante valor a las trayectorias condilares en relación a la guía anterior, Dawson establece que existe una manifiesta independencia entre los trayectos condilares y la guía anterior debido a la posibilidad de rotación que tienen los cóndilos cuando la mandíbula se adelanta. De esta manera es necesario tener en cuenta según este autor que la guía anterior es independiente de la guía

condílea en el sentido de que no es necesario que sean paralelas como muchos autores habían pensado. La trayectoria condílea delimita los bordes externos del movimiento de los dientes antero-inferiores dibujando así el esquema de Posselt en el plano sagital, pero no determina los contornos linguales de los dientes anterosuperiores. En la determinación de estos últimos es más importante el área de función mandibular. Así por ejemplo, un paciente de tipo maseterino necesitará caras palatinas más abiertas con un menor entrecruzamiento pues el área funcional es más playa.⁽⁸⁾ Concretamente, si bien ambas guías son independientes en cuanto al movimiento mandibular, la guía anterior está supeditada a la influencia de la condílea sobre todo durante los movimientos de lateralidad.

De esta forma la relativa independencia existente entre ambas guías hace que cuando se ha registrado y transferido la primera al articulador, éste no proporciona por sí mismo información suficiente para restaurar los dientes anteriores de manera óptima. De ahí la necesidad del estudio de la guía anterior y su posterior transferencia al articulador.

III) DIENTES ANTERIORES: ESTETICA Y FUNCION

Cuando es necesario restaurar los dientes anteriores de un paciente deberá buscarse la armonía entre la estética y la función. Para ello será necesario estudiar tres partes: los bordes incisales, el contorno vestibular de los dientes superiores y el contorno palatino de los superiores que junto a los bordes incisales inferiores forma la guía anterior propiamente dicha. Estos factores son gobernados por la estética, la fonética y la oclusión.⁽¹⁰⁾ En algunos casos podrá predominar uno en función de la prioridad o necesidad de otro, pero siempre en beneficio del paciente. La fonética influye sobre la ubicación de los bordes incisales, la estética también influye en su posición pero además lo hace sobre las caras vestibulares, mientras que la oclusión lo hace fundamentalmente sobre las caras palatinas superiores y bordes incisales inferiores.

1) FONETICA Y GUIA ANTERIOR

La mandíbula asume durante el habla una serie de posiciones que correctamente observadas dan un conjunto de datos que sirven para saber cuál debería ser la oclusión de un paciente dado. Silverman⁽²³⁾ describió en 1950 la posición anterior que asume la mandíbula durante el habla. En el 50% de los pacientes se produce un movimiento anterior de la mandíbula durante el habla. Pound^(17; 18) también ha estudiado a fondo este hecho.

La posición que asume la mandíbula cuando se forman sonidos repetidos del fonema "S" a una velocidad de conversación es la llamada dimensión vertical del lenguaje. Esta dimensión vertical teóricamente no cambia para un mismo paciente aunque en la práctica, la edad, extremada abrasión, o abusos protéticos pueden hacerla variar algo, junto con la dimensión vertical de oclusión.

El sonido "S" es desarrollado cuando el aire es forzado a través de un espacio de aproximadamente 1 a 1,5 mm entre los incisivos centrales superiores e inferiores.

Dos elementos que siempre deben ser utilizados como guías en los procedimientos restauradores son: que la posición mandibular más anterior y superior que se asume durante el habla es cuando se enuncia la "S" a una velocidad de conversación, pero por supuesto sin contacto alguno ya que éste no existe en ningún momento durante el habla.

La cantidad de movimiento que realiza la mandíbula hacia adelante a su posición "S" indica dos hechos importantes: primero revela la clase de oclusión del paciente, ya que a mayor movimiento mayor la posibilidad de oclusión distal tipo clase II, mientras que en las clases III generalmente no hay movimiento anterior sino apenas un ligero descenso mandibular; otro elemento importante es que cuanto mayor el movimiento hacia adelante más grande será el espacio creado entre los dientes posteriores durante el habla (espacio posterior del habla), lo cual nos da información respecto de la dimensión vertical de ese paciente.

Registrando e interpretando estos movimientos del habla los pacientes revelan 7 elementos informativos que están directamente vinculados a la restauración de la posición original de los dientes anteriores, fonética y armonía oclusal^(10; 17). Son las 7 reglas de Pound: 1) El entrecruce es equivalente a la extensión del movimiento hacia abajo que el paciente hace al pronunciar la S, desde la oclusión máxima. 2) El resalte es equivalente a la extensión del movimiento hacia adelante desde la oclusión máxima. Nunca dicho movimiento según Silverman será mayor que el resalte, es decir nunca los dientes anteroinferiores sobrepasarán los superiores durante el habla. 3) El desplazamiento de los dientes anteroinferiores a esta posición "S" permite en definitiva ubicarlos correctamente en el plano sagital y horizontal. 4) Tipo de oclusión del paciente: cuando hay gran desplazamiento anterior, clase II y cuando no hay desplazamiento anterior y muy poca abertura, clase III. 5) Dimensión vertical. Como los dientes nunca se deben tocar durante el habla, es lógico suponer que la dimensión vertical oclusal no debe ser mayor que 1 mm menos que la dimensión vertical de pronunciación de la S. 6) Luego de esto, es establecida en el articulador la guía incisiva usando el entrecruce y resalte obtenidos por fonética. 7) La altura cuspídea se puede ahora armonizar en base a las inclinaciones condilares e incisiva.

Si bien, éstas reglas se dan en la mayoría de los casos, hay que señalar que hay excepciones.

Otro fonema utilizado es el de la "F". Guichet⁽⁹⁾ le llama la "posición de referencia F". Se utiliza para ubicar los bordes incisales superiores. La posición "F" es aquella en la cual los bordes incisales superiores están localizados para la mejor y más cómoda pronunciación del fonema "F". En esta posición los bordes incisales superiores deben tocar la parte media interna del borde bermellón del labio inferior. Es así que frente a la necesidad de realizar una guía anterior, se pueden utilizar fundamentalmente estos dos fonemas para la ubicación de bordes incisales anteriores.

Heinlein⁽¹⁰⁾ coloca al paciente en una posición erecta y le hace decir estos fonemas o bien le da un texto para leer. De esta manera agregando o quitando acrílico al proyecto oclusal anterior (provisorio) lo hace cumplir con estos requerimientos fonéticos.

2) ESTETICA Y GUIA ANTERIOR

El segundo aspecto involucrado en el estudio de dientes anteriores es el contorno vestibular. Para ello todos los elementos de la estética facial deben ser tomados en cuenta pero fundamentalmente la plenitud labial. El contorno que adquiera el labio superior resulta especialmente importante. Los dientes inferiores permiten una cierta libertad, sin embargo una buena guía puede ser el ubicar las caras vestibulares perpendiculares al borde libre inferior de la mandíbula⁽⁹⁾.

Visto de frente, otro aspecto importante a tener en cuenta es la correspondencia que debe haber entre la línea de bordes incisales superiores y la curva de la sonrisa del labio inferior: deben ser lo más paralelas posible, pues de lo contrario ofrecerá un aspecto desagradable⁽¹⁴⁾. La línea incisal inferior debe ser horizontal o ligeramente elevada a nivel de los incisivos centrales⁽⁸⁾.

3) CRITERIOS ESTETICOS Y FONETICOS EN CONJUNTO

Se resumirán a continuación, siguiendo a Guichet, los criterios estéticos y fonéticos más importantes para la ubicación de dientes anteriores bajo lo que él ha denominado esquema de la naturaleza.

A) Durante el habla la mandíbula siempre se mueve hacia abajo desde la posición de máxima intercuspidad, lo suficiente para prevenir cualquier contacto dentario.

B) Durante el habla la mandíbula puede o no moverse hacia adelante. Esto está vinculado a las clases I, II y III de Angle según se ha visto.

C) Durante la pronunciación de la letra "F" los bordes incisales de dientes anterosuperiores tocan el tercio posterior del bermellón del labio inferior (posición de referencia F).

D) La inclinación de dientes superiores está determinada por un valor estético: el soporte labial.

E) Durante la pronunciación de la letra "S" los bordes incisales de dientes anteroinferiores asumen su más íntima relación con el borde incisal de dientes superiores. Se ubicarán aproximadamente 1 mm debajo y detrás de los superiores (posición de referencia S).

F) La inclinación de la superficie labial de incisivos mandibulares es perpendicular al borde inferior de la mandíbula vista lateralmente.

G) Cuando el paciente sonríe estando su mandíbula en reposo, el borde incisal superior será concordante con la línea labial inferior.

H) Cuanto mayor sea el movimiento antero-posterior de la mandíbula durante el habla mayor deberá ser el espacio libre interoclusal.

IV) OCLUSION Y GUIA ANTERIOR

Una vez vistos estos elementos, resta ahora estudiar cómo se establece la cara palatina de los dientes superiores. Se verá cómo hay algunas discrepancias entre las diferentes escuelas de oclusión.

Si se analiza el punto interincisivo durante el trayecto mandibular propulsivo se observa que este movimiento comienza en la posición de contacto retrusivo, pasa luego por la posición de máxima intercuspidad, luego siguiendo el trayecto de las caras palatinas anteriores llega a la posición de borde a borde, terminando finalmente en el máximo de propulsión, describiendo así el límite superior del corte sagital del bicuspoide de Hanau⁽¹⁹⁾. Si se estudia este movimiento estrictamente desde la PMI a la PP (borde a borde) y en forma recta, observaremos lo que se llama la guía incisiva que se puede analizar separadamente de la guía canina para mayor practicidad.

Su longitud y pendiente dependen de dos parámetros, el entrecruce u overbite y el resalte u overjet⁽¹⁾. La trayectoria incisiva se halla representada, en el plano medio sagital, por una curva que tiene por ordenada el entrecruce y por abscisa el resalte. Generalmente tiene un valor de 40°⁽²⁾.

Algunas características que Abjean y Korbendau nombran de la guía incisiva son:

— Está formada por las caras palatinas de los dos centrales superiores a los que en ocasiones se agregan las laterales desde los puntos de soporte de la oclusión hasta el borde libre.

— Debe permitir una desoclusión inmediata y total de todos los dientes posteriores. Esta desoclusión está ligada al entrecruce y al resalte: un gran entrecruce con poco resalte ocasiona desoclusión inmediata. Un gran entrecruce con gran resalte causa en cambio una desoclusión más gradual.

— Debe poder conducir la propulsión en un trayecto rectilíneo en el plano medio sagital. El contacto interincisivo se debe mantener libre de interferencias desde los puntos de soporte hasta el borde a borde.

La trayectoria canina se produce durante los movimientos de lateralidad cuando los dientes inferiores se deslizan sobre las caras internas de cúspides vestibulares superiores y más especialmente sobre la cara interna del canino superior. La cara palatina de los caninos desde el punto de soporte en PMI hasta su vértice, es pues una superficie guía importante. Es la guía canina que junto a la guía incisiva forma la guía anterior⁽¹⁾. Durante estos movimientos laterales los dientes anteriores deben además permitir el desplazamiento lateral inmediato o movimiento de Bennett de forma tal que en el cierre final mandibular las fuerzas sean dirigidas a lo largo del eje mayor de los dientes posteriores. Los caninos sobre todo deberán tener suficiente concavidad para permitir dicho movimiento. A mayor Bennett mayor deberá ser la concavidad de caninos superiores para permitir dicho movimiento. En caso contrario resultaría una interferencia oclusal⁽¹³⁾.

Durante el movimiento de lateralidad existen varias posibilidades de contacto oclusal. La prime-

ra es que exista función canina y que este diente sea el encargado de guiar los movimientos de lateralidad, concepto preconizado por la escuela gnatológica (11). La escuela escandinava por su parte preconiza la función de grupo posterior, es decir, contacto de todos los dientes posteriores junto al canino en lateralidad e incluso la función de grupo unilaterales: decir contacto de todos los anteriores y posteriores del lado activo durante la lateralidad. Ambas escuelas concuerdan en lograr la desoclusión del lado no activo durante los movimientos de lateralidad, pues ya han sido totalmente superados los antiguos conceptos gnatológicos de oclusión balanceada. El canino solo o acompañado juega, pues, un importante papel en la desoclusión del lado no activo y ello debe ser tenido en cuenta al armonizar una guía anterior.

Se analizarán ahora los contactos oclusales que deben existir en el sector anterior estando la mandíbula en posición de contacto retrusivo (P.C.R.) y en posición de máxima intercuspidad (P.M.I.). Aquí surgen nuevamente discrepancias entre ambas escuelas. La escuela escandinava establece la necesidad de topes en relación céntrica coordinados entre todos los dientes anteriores y los extiende luego hacia adelante en la misma dimensión vertical para realizar una céntrica larga en los casos que así lo requieran. Se crea de esta forma una plataforma palatina de céntrica larga (8). En caso que no esté indicada la céntrica larga sólo se realizan topes en céntrica. La existencia de estos topes resulta fundamental para evitar la erupción pasiva de los dientes inferiores lo que generaría interferencias oclusales. La escuela gnatológica por el contrario preconiza la ausencia de contacto dentario anterior en PMI y por lo tanto en PCR (4; 24).

Consideran que como los dientes anteriores se usan especialmente para cortar y aprehender, tipo de función que genera cargas axiales leves, del punto de vista funcional no es necesario el contacto en PCR. El evitarlo permite prevenir, según estos autores, sobrecargas horizontales que serían lesivas para el periodonto. En cambio cuando se sale de la PCR coincidente con la PMI, los esfuerzos no son tan grandes y en esos casos el contacto no sería lesivo. Es necesario señalar además que esa falta de contacto preconizada es muy leve, alrededor de 0,025 mm. De esta manera se evitaría mediante los contactos que se producen durante la masticación y movimientos excursivos normales, la erupción pasiva de los inferiores (4).

En resumen se puede decir que la función principal de la guía anterior es proteger los dientes posteriores durante los movimientos excursivos evitando interferencias posteriores y direccionar la mandíbula a un cierre en céntrica estable de forma de evitar contactos sobre planos inclinados que provocarían fuerzas horizontales lesivas para el periodonto.

Para ello la función normal de la guía anterior depende de varios factores: a) la anatomía de las caras palatinas de dientes superiores; si se modifica la curva de contacto en esos dientes se provocará un cambio de dirección en esas fuerzas. b) El entrecruce. Es conveniente un entrecruce suficiente como para producir una buena separación entre las piezas posteriores. c) El resalte. A mayor resalte más tardía será la separación de

los dientes posteriores y más riesgo de contactos posteriores existen. Cuanto más alta sean las cúspides posteriores mayor será la necesidad de una guía anterior empinada, es decir mayor entrecruce y menor resalte. d) Estado periodontal de dientes anteriores. No se comportan de la misma manera los dientes anteriores con buen soporte periodontal que aquéllos con mal soporte. El comportamiento variará no sólo por su mayor debilidad (con posible movilidad) lo que dificultaría la protección de dientes posteriores sino inclusive por la disminución evidente que ocurre en casos de grandes reabsorciones, de mecanorreceptores periodontales que tan importantes resultan en la conducción de la cinemática mandibular (12).

1) PASOS PARA RECONSTRUIR LA GUIA ANTERIOR

Se seguirá como al principio, el esquema de Heinlein (10). El estudio de los dientes anteriores y sus relaciones incluyen tres etapas: a) posición de bordes incisales, b) contorno vestibular y c) contorno palatino o guía anterior propiamente dicha. Para la restauración de las dos primeras etapas se siguen los criterios estéticos y fonéticos ya mencionados. En cambio para el restablecimiento de la guía anterior se seguirán especialmente criterios oclusales.

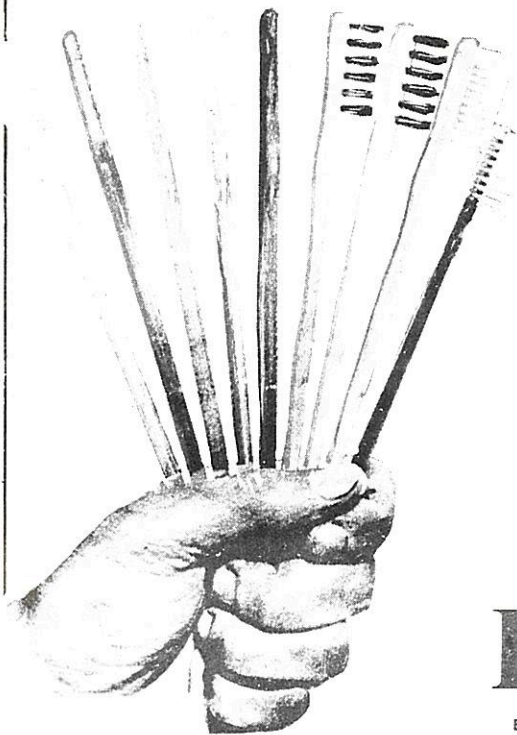
Se recomiendan varios pasos para lograr los objetivos ya señalados (8). Previamente se recomienda eliminar los contactos posteriores si también está indicada la reconstrucción posterior, de esta manera desaparece su influencia propioceptiva. También es necesario, cuando se planifica la restauración de cualquier problema oclusal, completar previamente los dientes antero-inferiores. Hasta no establecer la localización y formas precisas de los bordes incisales inferiores no hay manera práctica de determinar los contornos palatinos superiores.

Los bordes incisales inferiores deben ser remodelados en casos necesarios antes de seguir con los superiores. Lo ideal es que el contacto se haga en el cíngulo, sin embargo muchas veces se puede adaptar el contacto a cualquier otro nivel. Hay que recordar que en condiciones ideales los bordes incisales deben seguir una línea ligeramente convexa hacia arriba lo que brindará en casos normales armonía estética y funcional. Las diferentes situaciones que se pueden dar en los dientes inferiores a saber: apiñamientos, diastemas, abrasiones (con o sin pérdida de dimensión vertical), hipermovilidad, o ausencia, requerirán diferentes consideraciones y tratamientos. La más grave de estas situaciones la constituye la hipermovilidad, pues ello implica una condición periodontal disminuida. En estos casos es imprescindible la corrección terapéutica ya sea por procedimientos periodontales u oclusales.

Luego de estos pasos previos se puede ordenar una secuencia clínica para armonizar la guía anterior de la manera que sigue (8; 10):

a) Establecer topes en la posición de contacto retrusivo (PCR) entre todos los dientes anteriores, ya sea tallándolos, cambiando la dimensión vertical, remodelando mediante reconstrucciones, etc. Estos topes en PCR deberán ser más leves o lige-

Todo lo que usted hace por sus pacientes lo cuida PY-CO-PAY



El cepillo de dientes creado científicamente para realizar la limpieza de los dientes y las encías y protegerlos de las caries.

Cabeza angosta y maniobrable para un mejor ataque de las placas



Tan angosta como para llegar a las zonas interdetales de más difícil acceso, que suelen presentar una mayor acumulación de placas.

Cabeza de diseño suave y redondeado



Sin bordes ni ángulos cortantes para minimizar la posibilidad de traumas en las membranas mucosas y reducir el dolor.

Pico-Estimulador exclusivo en todos los cepillos para adultos para un cuidado preventivo aun más completo



Este estimulador y masajeador, usado junto con el cepillado, ayuda a querantizar el tejido epitelial y a mantener una buena estructura gingival.

Todos los filamentos de los cepillos Py-co-pay son doblemente redondeados y de bordes pulidos



El doble redondeado elimina los extremos agudos y los bordes ásperos que pueden provocar irritación en las encías.

Py-co-pay

El mejor tratamiento profiláctico de entrecasa.

SENSODYNE



**BUENOS CONSEJOS
PARA UN TRATAMIENTO TOTAL
DE LA HIGIENE BUCAL**

Py-co-pay

El equipo de higiene oral Py-Co-Pay, provee los elementos necesarios para la eliminación efectiva de las placas y para que el paciente pueda controlar con sencillez, que el cepillado de sus dientes sea el correcto.



**EQUIPO DE HIGIENE ORAL
PY-CO-PAY**

Distribuye: ABARLY S.A. Río Negro 1270 Tel.: 98 00 57
Bajo Licencia de: BLOCK DRUG COMPANY INC.
PRODUCTOS ODONTOLÓGICOS DE ALTA CALIDAD

En venta en todas las buenas farmacias

ros que los topes posteriores que son quienes actuarán como contenciones céntricas principales.

En general cuando hay que trabajar sobre todos los dientes o sobre la mayoría, se recomienda lograr este paso y los que siguen en la etapa de provisorio como se verá más adelante.

b) Si el caso lo requiere se podrá crear una céntrica larga para evitar fuerzas no axiales que afectarían el periodonto.

c) Establecer función de grupo en propulsión rectilínea. Deben ser establecidos contactos en ambos incisivos centrales durante el movimiento propulsivo desde PCR todo a lo largo del movimiento hasta el borde a borde. Una vez satisfecha esta condición, desgastando siempre los superiores se aceptan contactos simultáneos de incisivos laterales y vertientes mesiales de caninos, aunque esto no es estrictamente necesario. Durante este movimiento se debe producir la desoclusión inmediata posterior.

d) Establecer la distribución de fuerza anterior ideal en excursiones laterales. Cuando un paciente hace un movimiento puro de lateralidad es deseable que la faceta distal del canino inferior funcione durante todo el movimiento sobre la superficie palatina del canino superior. Es necesario señalar que es un error pensar que todas las bocas deben tener función de grupo en lateralidad, también es un error dar a todas las bocas función canina. Si el canino muestra signos de hipermovilidad por ejemplo, desgaste acelerado o pérdida de soporte periodontal, hay que disminuir su carga poniéndolo en función de grupo con otros dientes anteriores y/o posteriores. Por supuesto, se debe lograr la desoclusión inmediata del lado no activo.

e) Chequeo de los movimientos laterales propulsivos. Todas las posiciones mandibulares desde la PCR al borde a borde y desde el contacto lateral a la propulsión deben ser estudiadas. Un elemento a observar es que durante los movimientos funcionales los incisivos laterales nunca funcionen solos. Mientras el paciente mueve su mandíbula debe hacer una transición suave entre todas las posiciones.

f) Asegurarse que exista una transición suave hacia la posición de máxima propulsión. A pesar de tratarse de movimientos no funcionales es útil tener en cuenta este detalle, sobre todo en pacientes de clase III, evitando así contactos deflexivos de dientes posteriores.

Una vez lograda la guía anterior en la etapa de provisorios, y luego de haberla evaluado tanto por parte del odontólogo como del paciente, será necesario reproducirla en el tratamiento definitivo.

2) PROCEDIMIENTOS TERAPEUTICOS

En todos los casos de rehabilitaciones extensas será necesario estudiar la guía anterior antes de planear la restauración final. El montaje de modelos de estudio en articulador se hace necesario y a veces imprescindible para llegar a un correcto diagnóstico del caso. Es muy útil en ocasiones para evitar el contacto de dientes posteriores sin tener que destruir el modelo realizar el modelo inferior seccionado detrás del canino, de esta manera se podrá estudiar correctamente la guía

anterior. De este análisis diagnóstico y teniendo en cuenta los conceptos antes enunciados, pueden surgir varias probabilidades.

G.A. Normal — Reproducción exacta

Desg. selectivo

Operatoria

G.A. alterada — Ortodoncia

Quirúrgicos

Combinados

Prótesis fija y/o removible
(ausencia de dientes)

Ausencia de G.A. — Ortodoncia (mordida abierta)

Otros medios

A) GUIA ANTERIOR NORMAL

Cuando las condiciones oclusales y periodontales son correctas nos limitaremos a reproducir la guía anterior a nivel del área de control anterior del articulador. Será respetada luego en todos sus términos cuando se rehabilite el sector posterior⁽³⁾. Puede ocurrir que sea necesario por motivos estéticos o profilácticos tratar algún diente anterior en un paciente en el que la guía anterior es normal. En esos casos se procede de la misma manera respetando dicha guía. Si se trata de uno o dos dientes, mediante operatoria sencilla y controles bucales estrictos puede reproducirse la guía existente. Pero si se requiere tallar y restaurar más dientes, será necesario transferir esa guía al articulador y luego del tallado e impresiones en la etapa de laboratorio bastará con respetar lo ya existente en el articulador.

B) GUIA ANTERIOR ALTERADA

Cuando la guía anterior está alterada los procedimientos terapéuticos que se pueden utilizar para restablecerla pueden ser variados. A veces con desgaste selectivo es suficiente para corregir contactos oclusales defectuosos. Otras veces será necesario recurrir a procedimientos restauradores mediante operatoria, en cuyo caso se deberán utilizar proyectos oclusales en acrílico (provisorios) que colocados en la boca luego de los tallados se podrán evaluar y corregir mediante agregados o quitas de acrílico hasta cumplir con los requerimientos estéticos, fonéticos y oclusales ya mencionados. En estos casos la evaluación no sólo será de parte del odontólogo sino también de parte del paciente. Así por ejemplo en ausencia de signos o síntomas de disfunción se podrá luego reproducir esa guía anterior lograda en la etapa de provisorios, ya sea mediante llaves de yeso o en casos más complejos mediante su transferencia al área de control anterior del articulador.

En casos de mal posiciones importantes puede ser necesario también recurrir a procedimientos ortodóncicos en cuyo caso se deberá planificar con el ortodoncista. Incluso en ocasiones pueden requerirse procedimientos quirúrgicos previos. También son necesarios en general métodos combinados.

C) AUSENCIA DE GUIA ANTERIOR

Puede ser debido a problemas ortodóncicos graves en cuyo caso se puede recurrir a procedimientos ya mencionados, o puede deberse también a ausencias dentarias parciales o totales en el sector anterior y en esos casos se deberá recurrir a prótesis fija y/o removible. Aquí el encerado diagnóstico es muy valioso así como es imprescindible su reproducción en un provisorio para su posterior evaluación y modificación clínica. Posteriormente al igual que en casos anteriores será necesaria su reproducción mediante las restauraciones definitivas.

3) REPRODUCCION DE LA GUIA ANTERIOR

Casi todos los articuladores traen actualmente recipientes en el área de control anterior, que permiten individualizar perfectamente la guía anterior. Es decir que una vez diagnosticada y rehabilitada la misma por los procedimientos mencionados, y estando en la etapa de proyectos oclusales, deberemos transferir las relaciones obtenidas al articulador. Ello se logra una vez hecho todos los tallados anteriores y/o posteriores generalmente con una doble impresión. Una con los provisorios anteriores colocados en boca y otra sin ellos. Con un solo registro de RC realizado con los provisorios colocados se hacen dos modelos intercambiables en el articulador. Cuando las modificaciones en la guía anterior no son muy grandes, en lugar de usar el modelo con el provisorio se puede utilizar el modelo de los dientes anteriores no tallados pero ya armonizados. Es decir que en todos los casos primero se debe armonizar la guía en la boca y luego se transfiere al articulador.

Para su transferencia al articulador es necesario primero programar el área de control posterior mediante los registros correspondientes y luego se transfiere la guía anterior. Para ello se colocan los modelos que tienen su registro y finalmente mediante el mutuo deslizamiento de los modelos en las fases laterales y excursivas se registra en la mesa incisiva dichas trayectorias, mediante acrílico autopolimerizable. Se obtiene así mediante el vástago y mesa incisal la posibilidad de reproducir la guía anterior de ese paciente.

V) CONCLUSIONES

Toda vez que se planifique una rehabilitación oral extensa será necesario diagnosticar el estado de la guía anterior de ese paciente.

En los casos indicados deberá ser restablecida previa o simultáneamente al sector posterior. Para ello se hace imprescindible tener en cuenta los criterios estéticos, fonéticos y oclusales que determinan la ubicación de los dientes anteriores. Desde el punto de vista estrictamente oclusal, le cabe a la guía anterior la importante función de protección de los dientes posteriores durante los movimientos excéntricos mediante su desoclusión. El canino juega un importante rol en ese sentido.

También se hace necesario la presencia de un

periodonto sano a los efectos del cumplimiento de dichas funciones. La armonía de los dientes anteriores junto a la guía condílea con las estructuras del sistema estomatognático son imprescindibles para su correcto funcionamiento.

BIBLIOGRAFIA

1. Abjean, J.; Korbendau: La oclusión. Caps. 1, 3 y 4.
2. Aprile, Figún y Garino: Anatomía Odontológica Orocervicofacial. El Ateneo. Bs. As. 5ª Ed. 1972, pág. 445.
3. André, E.; Jacquet, E.: Le guide antérieur. Revue D'odonto-stomatologie. Tome XI - N° 3, 1982.
4. Arnold, N.; Frumker, S.: Tratamiento oclusal. Ed. Interamericana. Bs. As. 1ª Ed. 1978, Cap. 5.
5. Behnlian, V.: Oclusión y Rehabilitación, 2ª Ed. Montevideo, 1974.
6. Broderson, S.: Anterior guidance. The key to succesful occlusal treatment. J.P.D. 39 (4): 396-400, 1978.
7. Crum, R.; Loiselle, R.: Oral perception an proprioception: a review of the literature and its significance to prosthodontics. J.P.D. 28 (2): 215-230, 1972.
8. Dawson, P.: Evaluación, Diagnóstico y Tratamiento de problemas oclusales. Mundi. Bs. As. Caps. 11, 12 y 13.
9. Guichet, N.: Occlusion. Cap. XI, pág. 71. Calif., Denar Corp., 1970.
10. Heinlein, W.: Anterior teeth: Esthetics and Function, J.P.D. 44 (4): 389, 1980.
11. Huffman, R.; Regenos, J.: Principles of occlusion. Ohio 8ª Ed. 1980.
12. Jerge, Ch.: Comentarios sobre la inervación de los dientes. Odont. Clín. Norteamérica. Serie IX Vol. 25, 162. Ed. Mundi, Bs. As. 1969.
13. Kahn, A.: The interrelationship between occlusal equilibration and anterior guidance. Proceedings of the Second International Prosthodontics Congress. Mosby. St. Louis 1979, pág. 162.
14. Matthews, T.: The anatomy of a smile. J.P.D. 39 (2): 128-134, 1978.
15. Nisizaki, S.: Determinantes de la anatomía y función oclusal de las reconstrucciones. 1ras. J.U.R. Publicación de Bayer, 1977.
16. Philippe, J.: Acerca de la posición de los incisivos. Revista Española de Ortodoncia. Vol. IV N° 1. Valencia, España, 1974.
17. Pound, E.: The mandibular movements of Speech and their seven related values. J.P.D. 15 (5): 835-843, 1966.
18. Pound, E.: Applying the vertical dimension of speech to restorative procedures. Proceedings of the Second International Prosthodontics Congress. Mosby, St. Louis, 1979, pág. 194.
19. Posselt, U.: Fisiología de la Oclusión y Rehabilitación. 2ª Ed. Barcelona, Jims, 1973.
20. Ramjord, S.; Ash, M.: Oclusión. Cap. 5 Ed. Interamericana. México, 1972.
21. Schuyler, C.: An evaluation of incisal guidance and its influence in restorative dentistry. J.P.D. 9: 374, 1959.