



Depósito Legal: ppi201302ME4323
ISSN: 2343-595X

Revista Venezolana de Investigación Odontológica de la IADR

<http://erevistas.saber.ula.ve/index.php/rvio>



EDITORIAL

La relación céntrica vs la posición inicial de tratamiento

Dra. Lorena Bustillos R.

Coordinadora del Postgrado de Rehabilitación bucal, Facultad de Odontología de
la Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela

Profesora de Clínica Integral del Adulto, Facultad de Odontología de la
Universidad de Los Andes, Mérida, Venezuela

E-mail: loritabustillos@gmail.com

ORCID: 0000-0002-6886-5129

Las pérdidas dentarias ya sean por fractura, enfermedad periodontal o por caries dental traen consecuencias estéticas, funcionales y psicológicas en el paciente. En estos casos la rehabilitación protésica es necesaria para devolver la funcionalidad y estética, mejorando así entre otros aspectos la condición psicológica.

Al rehabilitar un paciente el odontólogo debe considerar un punto referencial que permita restablecerle la oclusión ideal. Uno de estos puntos de inicio es la posición de máxima intercuspidación (MI), concepto ampliamente utilizado cuando se rehabilitan pacientes parcialmente edéntulos ya que el paciente en algunos casos aún conserva la mayoría de sus unidades dentarias y mantiene su oclusión fisiológica.

La complejidad surge cuando se requiere sustituir un mayor número de unidades dentarias debido a que el patrón de oclusión del paciente está afectado y no existe una guía oclusal; por tanto, se registraba un punto de referencia netamente anatómica u óseo conocida como posición de relación céntrica (RC).

La RC se ha definido de más de 26 formas distintas. La definición más actualizada es la del Journal Prosthet Dent en el año 2017¹, que la define como una relación maxilomandibular independiente del contacto dental, en la que los cóndilos se articulan en la posición anterosuperior contra la pendiente posterior de las eminencias articulares, en esta posición la mandíbula está restringida a un movimiento puramente rotatorio, a partir de esta relación maxilomandibular, sin restricciones, fisiológica, el paciente puede realizar movimientos verticales, laterales o protrusivos, es una posición de referencia clínica útil y repetible.

Actualmente el 90% de la población presenta una discrepancia entre la RC y la MI, no estar en posición de RC no significa que el paciente este enfermo ya que no es un indicador de salud, no existe un parámetro de salud-enfermedad en cuanto a la posición condilar². La evidencia clínica y biológica es suficiente para rechazar la indicación de tratamientos en base a cambios de posición mandibular en los casos de diagnóstico de algún Trastorno temporomandibular³.

A partir de este concepto surgen inquietudes, como ¿existe verdaderamente una rotación pura en céntrica en humanos vivos? Fisiológicamente no se genera una rotación pura, esta es una posición que se logra con manipulación de la mandíbula y es totalmente a ciegas y operador dependiente⁴. Registrar esta posición en el paciente es complicado, se necesita de una visión interna de los componentes óseos para poder certificar que la posición que se logra ante las maniobras extraorales e intraoral sea correcta en relación al concepto de RC^{4,5}.

Al rehabilitar un paciente a partir de esta referencia se puede deducir que no se está seguro de esta posición por la complejidad que se menciona anteriormente; la variabilidad de los registros refleja la falta de precisión y predictibilidad diagnóstica, debido a que no se posiciona el cóndilo donde realmente debiera estar, por tanto, la significancia clínica de este registro al menos debe ser cuestionada⁶.

Lelis *et al.*⁵ en el año 2015 evaluaron la posición condilar en pacientes jóvenes a través de tomografía computarizada, revelando que la relación cóndilo fosa fue similar entre RC y MI, lo que llevaría a pensar que la rehabilitación podría realizarse a partir de MI o posición habitual, no encontrando una relación entre la presencia o ausencia de Trastornos temporomandibular y la posición articular⁵. Alves *et al.*⁷ en el año 2014 concluyeron que esta relación cóndilo/fosa es similar, independientemente de la posición dentaria u oclusión dentaria.

Evidentemente, existen dos corrientes de pensamientos, una tradicional que defiende la RC como el punto más importante para la rehabilitación de un paciente edéntulo o con una pérdida considerable de unidades dentarias; y otra que surge recientemente que cuestiona los conceptos tradicionalmente por considerar que es difícil de reproducir y confirmar.

Después de una exhaustiva búsqueda de la información científica pertinente, no se ha encontrado aquella que responda la siguiente interrogante: ¿Cuál es la efectividad de la RC en comparación con la posición en MI como punto de partida para la rehabilitación protésica de un paciente parcialmente edéntulo? Las respuestas podrían resolver si realmente la RC es un punto de partida ante una rehabilitación.

La comprensión de la RC es obstaculizada por las confusiones terminológicas, por las controversias interpretativas y por las disertaciones teóricas y académicas de difícil hallazgo clínico. Se debe superar estos conceptos desarrollando una exposición consecucional de los conceptos geométricos y operativos de la relación céntrica⁸.

Con respecto a la posición en MI se define como la intercuspidad completa de los dientes opuestos independientemente de la posición condilar, también se conoce como oclusión céntrica (OC), que es la posición determinada por los dientes cuando el paciente cierra en una posición de intercuspidad completa⁹. Al desprogramar al paciente podemos verificar su posición en MI que el rehabilitador puede considerarla su posición inicial de tratamiento.

Las controversias relacionadas con la RC existen principalmente debido a desacuerdos sobre su definición, posición y repetibilidad, así como su aplicación clínica y relevancia. Clínicamente, esta posición de referencia de la mandíbula con respecto al cráneo se ha definido generalmente en términos de una relación posicional anatómicamente descrita del cóndilo en la fosa articular. Si bien los detalles para definir la RC y los métodos para encontrarla, han cambiado a lo largo de los años, la intención ha sido describir la RC no solo como una posición mandibular clínica importante, sino también como una posición mandibular biológicamente sólida y deseable, los principales argumentos para utilizarla es que representa algún tipo de relación ideal entre la mandíbula y el cráneo, y que es altamente reproducible⁸.

Los hallazgos resaltan la importancia de realizar el tratamiento odontológico dentro de los límites fisiológicos de cada paciente, en lugar de basarlo en un concepto mecánico no biológico de la relación mandibular¹⁰. Cualquier procedimiento que desvíe o aleje los cóndilos de la posición que ocupan de forma natural y fisiológica no solo puede ser innecesario, sino que también puede ser potencialmente nocivo para el paciente a largo plazo.

La máxima intercuspidación resulta una guía fisiológica razonable al restaurar y reemplazar dientes en pacientes dentados. Independientemente del procedimiento clínico, el objetivo es lograr la estabilidad, reproducibilidad y previsibilidad del éxito del tratamiento en esos casos clínicos. Con respecto al paciente totalmente edéntulo que no presenta ninguna referencia dentaria podemos realizar un registro en rodets sin buscar una posición forzada ni a través de la manipulación ni de un esfuerzo de retruir la mandíbula, ya que los estudios confirman que no proyectamos el cóndilo a una posición distinta^{4,5,7}. Se deben tomar registros

intentando situaciones más fisiológicas valorando la posición maxilomandibular repetible al deglutir o hablar, orientándolos a una posición inicial de tratamiento.

La Revista Venezolana de Investigación Odontológica de la IADR se complace en presentar su número 2, volumen 12 del año 2024, que incluye cinco revisiones sistemáticas que abordan temas cruciales en el campo de la odontología. Estos estudios no solo contribuyen al conocimiento científico, sino que también ofrecen perspectivas valiosas para la práctica clínica.

El artículo de Rosmary Mercedes Quintero Espinoza examina el uso de células madre en la regeneración de raíces dentales a través de una revisión sistemática de estudios preclínicos. La investigación destaca que las células madre mesenquimatosas, como las del folículo dental y el ligamento periodontal, combinadas con andamiajes adecuados, muestran un potencial regenerativo significativo. Sin embargo, se señala la necesidad de optimizar los procedimientos de ingeniería de tejidos para mejorar las tasas de éxito en la práctica clínica.

En el trabajo realizado por Od. Andrea García, se evalúa la efectividad clínica del ionómero de vidrio frente a las resinas compuestas en el tratamiento de lesiones cervicales no cariosas. Este estudio concluye que el ionómero de vidrio presenta un desempeño clínico superior en términos de retención, lo que resalta la importancia de elegir el material adecuado para mejorar los resultados en pacientes con NCCL.

Tulio Covault investiga la precisión del escáner intraoral para impresiones dentales en comparación con técnicas convencionales. A pesar de que los resultados indican que las impresiones convencionales son más precisas, se recomienda el uso del escáner intraoral por su conveniencia y eficacia en entornos clínicos.

El estudio realizado por Jonay Jesús Millán González aborda el impacto del tabaquismo en el fracaso de implantes dentales. Los hallazgos sugieren que los pacientes fumadores presentan una tasa significativamente mayor de fracasos, lo que subraya la necesidad de considerar hábitos como el tabaquismo al planificar tratamientos implantológicos.

Finalmente, Wilmer José Contreras Guarín presenta una revisión sobre tratamientos mínimamente invasivos para la fluorosis dental. Este artículo destaca que diversas estrategias pueden mejorar la estética dental y aumentar la satisfacción del paciente, lo cual es fundamental para su bienestar psicológico.

En síntesis, estos artículos reflejan el compromiso continuo de la RVIO de la IADR con la investigación odontológica y su aplicación práctica, promoviendo así un avance significativo

en la salud bucal y el bienestar general. La revista invita a todos los profesionales e investigadores a seguir contribuyendo con sus hallazgos y experiencias para enriquecer este campo vital.

Referencias

1. Driscoll CF, Freilich MA, Guckes AD, Knoernschild KL, Mcgarry TJ. The glossary of ninth edition. 9na ed. Staff; 2017.
2. Greene CS, Obrez A. Treating temporomandibular disorders with permanent mandibular repositioning : is it medically necessary ? Oral Surgery, Oral Med Oral Pathol Oral Radiol [Internet]. 2015;119(5):489–98. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.oooo.2015.01.020>
3. Jiménez-Silva A, Tobar-Reyes J, Vivanco-Coke S, Pastén-Castro E, Palomino-Montenegro H. Centric relation–intercuspal position discrepancy and its relationship with temporomandibular disorders. A systematic review. Acta Odontol Scand [Internet]. 2017;75(7):463–74. Available from: <https://doi.org/10.1080/00016357.2017.1340667>
4. Kandasamy S, Boeddinghaus R, Kruger E. Condylar position assessed by magnetic resonance imaging after various bite position registrations. Am J Orthod Dentofac Orthop [Internet]. 2013;144(4):512–7. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ajodo.2013.06.014>
5. Lelis ÉR, Guimarães Henriques JC, Tavares M, De Mendonça MR, Fernandes Neto AJ, De Araújo Almeida G. Cone-beam tomography assessment of the condylar position in asymptomatic and symptomatic young individuals. J Prosthet Dent [Internet]. 2015;114(3):420–5. Available from: <http://dx.doi.org/10.1016/j.prosdent.2015.04.006>
6. Manfredini D. Oral Rehabilitation Temporomandibular disorders and dental occlusion . A systematic review of association studies : end of an era ? 2017;(5):908–23.
7. Alves N, Deana N, Schilling Q, González V, Schilling L, Pastenes RC. Evaluación de la Posición Condilar y del Espacio Articular en ATM de Individuos Chilenos con Trastornos Temporomandibulares. Int J Morphol. 2014;32(1):32–5
8. Bechilli A. Oclusión y diagnóstico en rehabilitación oral. 6ta. ed. Panamericana, editor. 2011.
9. Jiménez-silva A, Tobar-reyes J, Vivanco-Coke S, Palomino-Montenegro H, Tobar-reyes J, Vivanco-Coke S, et al. Centric relation – intercuspal position discrepancy and its

relationship with temporomandibular disorders . A systematic review. 2017;6357.

10. Kandasamy S, Greene CS, Obrez A. An evidence-based evaluation of the concept of centric relation in the 21st century. *Quintessence Int* [Internet]. 2018;49(9):755–60. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30202837>