



# I Congreso INTERNACIONAL



Sociedad Cubana de Ciencias Estomatológicas. Capítulo Santiago de Cuba

La ciencia en función de una eterna sonrisa

## Guía anterior de la oclusión dentaria, su importancia para procedimientos rehabilitadores

### Anterior guide to dental occlusion, its importance for rehabilitative procedures

Mayelín de la Caridad Suárez González<sup>1</sup>, Silvia María Díaz Gómez<sup>2</sup>, Elisa Amparo Núñez Oduardo<sup>3</sup>.

<sup>1</sup>Estomatóloga, Máster en Atención de Urgencias Estomatológicas, Especialista de Primer y Segundo Grado en Estomatología General Integral y Prótesis Estomatológica, Profesora Auxiliar e Investigador Agregado, Universidad de Ciencias Médicas de Las Tunas, Clínica Estomatológica “3 de Octubre”, Las Tunas, Cuba, E-mail: [mcsuarez@ltu.sld.cu](mailto:mcsuarez@ltu.sld.cu), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-1486-5481>

<sup>2</sup>Estomatóloga, Doctora en Ciencias Estomatológicas, Máster en Atención de Urgencias Estomatológicas, Especialista de Primer y Segundo Grado en Prótesis Estomatológica, Profesora Titular e Investigadora Auxiliar, Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey, Clínica Estomatológica Centro, Camagüey, Cuba, E-mail: [msilvia.cmw@infomed.sld.cu](mailto:msilvia.cmw@infomed.sld.cu), ORCID: <https://orcid.org/0000-0002-6314-3434>

<sup>3</sup>Estomatóloga, Máster en Atención de Urgencias Estomatológicas, Especialista de Primer y Segundo Grado en Estomatología General Integral, Especialista de Primer Grado en Administración de Salud, Profesora Consultante, Universidad de Ciencias Médicas de las Tunas, Clínica Estomatológica “3 de Octubre”, Las Tunas, Cuba, E-mail: [enoduardo@ltu.sld.cu](mailto:enoduardo@ltu.sld.cu), ORCID: <https://orcid.org/0000-0001-7171-8691>

Autor para la correspondencia. Correo electrónico: [mcsuarez@ltu.sld.cu](mailto:mcsuarez@ltu.sld.cu)

## RESUMEN

**Introducción:** la oclusión dental es un tema complejo e interesante, diagnosticar alteraciones en ésta se considera el punto de partida para el éxito de todo procedimiento restaurador o estético a realizar; a partir de su análisis se devolverá la función y estabilidad adecuada al sistema estomatognático.

**Objetivo:** fundamentar los referentes teóricos de la guía anterior de la oclusión dentaria.

**Métodos:** se realizó un estudio de investigación sistemática de septiembre de 2020 a marzo 2021. El universo de trabajo estuvo conformado por 79 investigaciones que incluyen los resultados científicos de una década de trabajo clínico e investigativo divulgadas en artículos científicos, monografías o páginas Web en las bases de datos de MEDLINE, PubMed y SciELO y la muestra seleccionada por muestreo intencional. Quedaron distinguidas 39 investigaciones por su apreciable aporte científico. Esgrimidas por un dúo de profesionales de experiencia en el tema, en la clínica estomatológica docente 3 de octubre del municipio Las Tunas.

**Resultados:** la guía anterior de la oclusión es un aspecto de reflexión médica vigente, sin embargo son insuficientes los documentos normativos de calidad y específicos para el tratamiento del paciente con guía anterior de la oclusión disfuncional. Menos del 50 % de los artículos encontrados sobre oclusión, hacen referencia al tema.

**Conclusiones:** la oclusión dentaria es la actividad más dinámica del sistema estomatognático. Su conceptualización debe incluir las relaciones funcionales, parafuncionales y disfuncionales. Dentro de ella la guía anterior desarrolla funciones de masticación, de corte, la fonoarticulación y la estética.

**Palabras claves:** oclusión dentaria; guía anterior de la oclusión dentaria; guía incisiva; guía canina; trastorno temporomandibulares.

## **ABSTRACT**

**Introduction:** dental occlusion is a complex and interesting subject, diagnosing alterations in it is considered the starting point for the success of any restorative or aesthetic procedure to be performed; from its analysis, the proper function and stability of the stomatognathic system will be returned.

**Objective:** to base the theoretical references of the previous guide of dental occlusion.

**Methods:** a systematic research study was carried out from September 2020 to March 2021. The universe of work consisted of 79 investigations that include the scientific results of a decade of clinical and investigative work disclosed in scientific articles, monographs or Web pages in which MEDLINE, PubMed and SciELO databases and the sample selected by purposive sampling. 39 investigations were distinguished for their appreciable scientific contribution. Wielded by a duo of professionals with experience in the subject, at the 3 de Octubre dental clinic in the municipality of Las Tunas.

**Results:** The anterior guide of the occlusion is an aspect of current medical reflection, however the normative documents of quality and specific for the treatment of the patient with anterior guide of the dysfunctional occlusion are insufficient. Less than 50% of the articles found on occlusion make reference to the subject.

**Conclusions:** Dental occlusion is the most dynamic activity of the stomatognathic system. Its conceptualization should include functional, parafunctional, and dysfunctional relationships. Within it, the anterior guide develops functions of chewing, cutting, sound articulation and aesthetics.

**Keywords:** dental occlusion; anterior guide of dental occlusion; incisor guide; canine guide; temporomandibular disorder.

## INTRODUCCIÓN

El complejo maxilofacial se compone de tres sistemas: esquelético, muscular y dentario que en condiciones de armonía funcional proporcionan una oclusión dentaria equilibrada.<sup>1</sup>

La oclusión dental es un tema complejo e interesante, diagnosticar alteraciones en ésta se considera el punto de partida para el éxito de todo procedimiento restaurador o estético a realizar; a partir de su análisis se devolverá la función y estabilidad adecuada al sistema estomatognático.<sup>2</sup>

En la actualidad, la existencia de alteraciones de la oclusión dentaria es frecuente, así aparece recogido en informes de la Organización Mundial de la Salud(OMS).<sup>3</sup> En un estudio realizado sobre bruxismo, los autores refieren cifras entre 22,1 % y 31 % de afectación de la población mundial por trastornos oclusales, además, citan datos de la Organización Panamericana de la Salud (OPS) que reflejan cómo las interferencias dentarias afectan a más del 80 % de las poblaciones en Latinoamérica y constituyen uno de los motivos de consulta más frecuentes en las clínicas estomatológicas.<sup>4</sup>

Por otro lado, es de interés resaltar que los dientes anteriores constituyen un factor importante en la rehabilitación bucal, debido a que son esenciales para la estética, fonación y masticación, además de su valor funcional al proteger los dientes posteriores durante las excursiones libres de la mandíbula.<sup>1</sup> Por ello, después de la relación céntrica, la guía anterior es la determinación más significativa cuando se restaura la oclusión dentaria. El éxito o fracaso de muchos tratamientos dependen de esa guía anterior.<sup>5</sup>

Integrada la guía anterior por la guía incisiva y la canina accede como parte de las interrogantes actuales. La guía incisiva (trayectoria incisal) está dada por el plano de deslizamiento de la cara lingual o palatina de los dientes anteriores maxilares y la cara vestibular de los dientes anteriores mandibulares.<sup>6</sup>

Se afirma que existe una buena guía anterior cuando el movimiento de lateralidad y la desoclusión del sector posterior (apertura o separación de los molares y premolares en movimientos excéntricos), producen que las cúspides o punta de los caninos inferiores resbale sobre la cara palatina de los caninos superiores con total apertura en el sector posterior. Es lo que se denomina guía canina integrada por los mejores exponentes de fuerza, precisión y ordenamiento en el movimiento de lateralidad derecho e izquierdo, debido al cuerpo coronario del canino y su situación sobre un prominente hueso cortical.<sup>7</sup>

En la medida en que la ciencia y la tecnología se convierten en fuentes extraordinarias de poder, la aproximación teórica a los nexos que se presentan en relación a la guía anterior de la oclusión dentaria y las disfunciones inherentes a esta se consolida como necesidad latente en la investigación interdisciplinaria.<sup>8</sup>

Existe en Cuba una estructura asistencial concebida para encausar al paciente con alteraciones de la oclusión dentaria en los diferentes niveles de salud donde se realizarán acciones de promoción, prevención y tratamiento.<sup>9</sup>

Se hace necesario pericia investigativa y resultados científicos que puedan garantizar la formación de un profesional con total dominio de los aspectos de la oclusión dentaria, que den respuesta a la necesidad de esquemas de tratamiento sustentados por la ciencia y de esta forma garantizar una atención de calidad en lo que respecta a los procedimientos rehabilitadores que realizamos en clínica, lo que hace ineludible fundamentar los referentes teóricos de la guía anterior de la oclusión dentaria.

## **DESARROLLO**

### **Dominio de la oclusión dentaria**

La oclusión dentaria es considerada la actividad más dinámica que se observa en la cavidad bucal, las características de la dentición decidua se consideran precursoras de esta en la dentición definitiva. La finalidad de la oclusión es la trituración de los alimentos para poderlos desdoblar a partículas más pequeñas y facilitar la deglución.<sup>10</sup> Es definida como el contacto existente entre los dientes mandibulares y maxilares. Lo que puede ser apreciado tanto en

posición estática, cuando los dientes se relacionan en máxima intercuspidad al finalizar el cierre de la boca; como de forma dinámica cuando los dientes se deslizan entre sí con movimientos mandibulares recurrentes.<sup>11,12</sup>

De acuerdo con el Glosario de Términos Prostodónticos de la Academia Americana de Prótesis Dental,<sup>12</sup> la guía anterior es la influencia que ejercen las superficies linguales de los dientes anterosuperiores sobre las superficies labiales de los dientes anteroinferiores durante el movimiento mandibular. Los primeros estudios de los movimientos oclusales se limitaron básicamente al análisis y examen de la relación estática y dinámica de los dientes posteriores. En las últimas décadas, se han concentrado en el estudio del grupo dentario anterior y cómo estas estructuras dentarias contribuyen a la desoclusión y protección de otros grupos de dientes.<sup>13</sup>

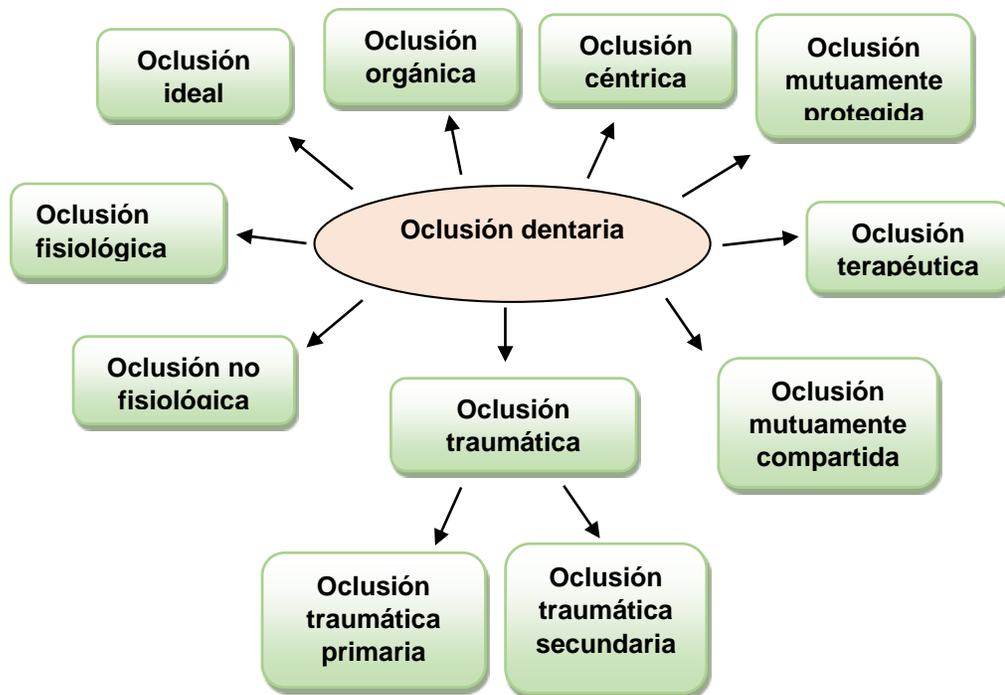
Hoy, varias disciplinas de la Estomatología reivindican la enseñanza de la oclusión dentaria aun cuando existen concepciones y opiniones diferentes, exclusivas y un distanciamiento tal entre los conocimientos teóricos respecto a la oclusión dentaria y a la práctica estomatológica cotidiana, que han podido irrumpir en el mundo disciplinas neoformadas (Oclusodoncia, Gnatología).<sup>14</sup>

Razón que a criterio del investigador principal propicia con demasiada frecuencia que los estomatólogos se encuentren desorientados frente a los problemas prácticos presentados por la oclusión dentaria, las disfunciones oclusales y las dificultades de su tratamiento. Aspectos a los que se les ha dado gran importancia durante la rehabilitación oclusal.<sup>15</sup>

### **Tipos de oclusión dentaria.** (Figura 1)

Oclusión ideal. Es la oclusión dentaria correcta que se relaciona perfectamente con los factores musculares, la articulación temporomandibular (ATM), oclusión dentaria y periodonto para alcanzar la salud funcional, armoniosa y la comodidad del paciente con ausencia de sintomatología funcional.<sup>16</sup>

No existe una oclusión ideal, no hay una herencia genética que establezca lo correcto y el factor ambiental no está libre de accidentes, enfermedades, iatrogenias, para que se cumpla dicho concepto. Es importante para ello que todas las estructuras estén en perfectas condiciones, es decir en buen estado de salud.<sup>16</sup>



**Figura 1.** Tipología de la oclusión dentaria

Oclusión fisiológica. Una oclusión que presenta equilibrio en relación con los contactos antagonistas de los dientes, con los elementos del sistema estomatognático, donde no hay enfermedad biológica y existe una adaptación funcional del paciente a la misma. No precisa ningún tratamiento de tipo funcional y puede presentar diferentes grados de maloclusión, siempre que el paciente se encuentre acomodado a ella, sin llegar a algún tipo de patología disfuncional que involucre la Articulación temporomandibular (ATM).<sup>16,17</sup>

Oclusión orgánica. Se identifica con la oclusión fisiológica por lo que debe ser ante todo una oclusión estable consolidada, a través de las unidades de oclusión de los dientes posteriores, aunque este concepto de oclusión sólo es válido si va acompañado de una correcta alineación tridimensional, ya que todo diente desalineado tiene la posibilidad de ocluir, pero ello no significa que pueda desocluir.<sup>18</sup>

Oclusión no fisiológica. Se encuentra este tipo de oclusión dentaria entre las relaciones de los contactos dentarios y sistema estomatognático, debido a sobrecargas funcionales que están siendo sometidas y existe la evidencia de daños como son los microtraumatismos a repetición productor de disfunciones. Se evita de esa forma la adaptación del paciente a ese esquema oclusal.<sup>16</sup>

Oclusión céntrica. Se refiere a la posición de máxima intercuspidad de los dientes entre las arcadas antagonistas después del cierre. Entre oclusión céntrica y relación céntrica, siempre que no sean coincidentes, existe un deslizamiento que se conoce como céntrica larga o deslizamiento en céntrica.<sup>13,18</sup> Todas las funciones se realizan hacia la céntrica mientras que los aspectos parafuncionales se hacen desde y hacia la céntrica. Corresponde a la posición fisiológica ideal de la mandíbula, donde los cóndilos están en relación céntrica fisiológica y los dientes ocluyen en máxima intercuspidad.<sup>17</sup>

Oclusión mutuamente protegida (OMP). Los dientes posteriores son capaces de detener el cierre mandibular (oclusión) y que los dientes anteriores tienen la capacidad de proteger a los posteriores y a la ATM en la desoclusión.<sup>18</sup> De esto también se deduce que la oclusión consolidada por los dientes posteriores se refiere a los movimientos céntricos mientras que la desoclusión producida por los dientes anteriores se refiere a los movimientos excéntricos.<sup>17,18</sup>

Oclusión mutuamente compartida (OMC). Representa una forma de oclusión mutuamente protegida durante el cierre mandibular. La OMC más allá de la protección exclusiva de los dientes extiende su protección a otros elementos vitales del sistema estomatognático como son las ATM.<sup>18</sup>

La OMP más una oclusión mutuamente compartida junto con la actividad de los músculos elevadores permiten una correcta función. Es importante mencionar que en todo movimiento excéntrico la presencia de una OMP implica una OMC porque, como lo hemos dicho en reiteradas ocasiones, la ATM no debe ser sometida a tracciones resultantes de palancas de Clase I o II, presentes cuando no hay una oclusión protegida y el complejo cóndilo-disco no se encuentra asentado sobre la eminencia y por lo tanto no existe una oclusión compartida.<sup>18</sup>

Oclusión traumática. Dada por aquellas lesiones localizadas principalmente en el periodonto de inserción y protección como efecto de las fuerzas oclusales anormales que pueden producir o han producido lesiones a las estructuras de soporte de los órganos dentarios.<sup>19</sup>

- Oclusión traumática primaria: es aquella en la cual las fuerzas oclusales son anormales, patológicas, que provocan una reacción tisular y las estructuras periodontales no presentan ningún tipo de alteración, sin presentar daños en la estructura de soporte.<sup>19</sup>
- Oclusión traumática secundaria: se producen cuando las fuerzas fisiológicas o no fisiológicas inciden sobre estructuras periodontales debilitadas, y para ellas estas fuerzas serán siempre excesivas, como factores que la pueden desencadenar, entre

los que distinguen: interferencias oclusales, hipertonicidad muscular y aumento de estrés.<sup>20</sup>

Oclusión terapéutica. Sugiere uso clínico especializado dado el análisis del sistema estomatognático que infiere. Es la que emite el profesional, dependiendo del diagnóstico del caso clínico.<sup>17</sup>

Desde la experiencia profesional de más de dos décadas en la atención de pacientes adultos con alteraciones de la oclusión dentaria el investigador a cargo no demerita los aspectos que constituyen detonantes para un tipo u otro de oclusión dentaria, sin embargo, estima que la rehabilitación integral del paciente adulto debe ser analizada, diseñada y planeada desde la oclusión mutuamente protegida. En correspondencia con los argumentos científicos que preconizan que durante el cierre mandibular los dientes posteriores no sólo protegen a los dientes anteriores, sino que además protegen a las ATM y evitan que sean sometidas a presiones excesivas.<sup>18</sup>

La desoclusión es la separación de los dientes antagonistas durante los movimientos excéntricos de la mandíbula.<sup>17</sup> Los factores de la desoclusión son aquellos elementos anatómicos capaces de producir o modificar la desoclusión de las estructuras u órganos dentarios, pueden ser clasificados de diferentes maneras.<sup>17,18</sup>

Si el plano oclusal está mal orientado, los componentes verticales y sagitales del movimiento de lateralidad se van a ver afectados, de esta manera la relación de los dientes en el sector anterior se verá impedida de poder consolidar una guía anterior funcional. Pudiéndose presentar según el caso una guía anterior pobre y disfuncional y en otros casos la ausencia misma de la guía anterior. Todo plano oclusal mal orientado genera recidivas.<sup>21</sup>

Cantidad de desoclusión con diferentes métodos y en distintos movimientos mandibulares:<sup>17</sup>

- 1 +/- 0.6 mm. en protrusión.
- 0.5 +/- 0.3 mm. en lado de trabajo.
- 1 +/- 0.6 mm. en lado de no trabajo.

La desoclusión correcta asegurará la integridad del sistema articular. La cantidad de desoclusión no se encuentra en la literatura científica definida con precisión, pero sí ha sido subjetivamente observada, desde el juicio visual del estomatólogo.<sup>17</sup>

Resulta primordial conocer cómo se desarrolla el sistema masticatorio y cuáles son los factores que estimulan su crecimiento, ya que de esta manera el estomatólogo podrá adicionar, frenar, o suprimir estímulos, actuando sobre dichos factores en el momento preciso y con la intensidad conveniente al caso.<sup>21</sup>

Se debe expresar la trascendencia de un exhaustivo análisis funcional del paciente para desarrollar el diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento. Destacar la importancia de la obtención de una guía anterior correctamente conformada desde su origen, para darle estabilidad al sistema masticatorio e impedir gran parte de las maloclusiones, comprender que aparte de ser una relación dinámica entre las piezas dentarias anteriores, debe estar armonizada con las demás estructuras del sistema masticatorio para poder realizar diferentes funciones.<sup>21,22</sup>

Cualquiera sea la causa de inestabilidad oclusal, es muy importante que el rehabilitador sea capaz de reconocer sus signos: hipermovilidad dentaria, desgaste dentario, daño periodontal, fracturas por stress, exostosis, alargamiento muscular, pérdida de desoclusión posterior.<sup>17</sup>

### **Parafunciones y parasomnias**

El cuerpo humano en su exterior e interior está en continuo movimiento, donde es controlada esta motilidad de manera voluntaria o involuntaria por el sistema motor del SNC, a través de la musculatura lisa y estriada. El bruxismo (BX) tiene diferentes manifestaciones, al ocurrir durante el sueño o en vigilia.<sup>23,24,25</sup>

Díaz Gómez<sup>26</sup> reporta a Mena Nieto y Guzmán Hernández que proyectan en sus investigaciones que en el bruxismo del sueño (BXS) o parasomnia se observan señales eferentes sobre la musculatura cervical y masticatoria subsiguientes a microdespertares, precedidos por una secuencia de eventos fisiológicos: aumento de la actividad simpática, activación cortical, aumento del ritmo cardiaco y el tono muscular de los elevadores de la mandíbula.

Siguiendo a Planas,<sup>19</sup> el autor considera que es obligatorio para el desarrollo y obtención de un equilibrio dinámico del sistema masticatorio, que haya movimientos de lateralidad funcional durante el acto masticatorio cuando estén erupcionando las piezas dentarias, tanto en la dentición temporaria como en la permanente. Si no fuera así, se establecerá una oclusión desequilibrada.

El bruxismo conforma, sin lugar a dudas, un tema médico-odontológico-psicológico con varios aspectos por resolver. Es abordado en la literatura científica desde ópticas diferentes.<sup>24</sup>

Es considerado un problema sanitario, justificado por su alta prevalencia y repercusión en el bienestar físico y psicológico del individuo.<sup>27,28</sup>

## **Guía anterior de la oclusión dentaria, enfoque clínico de vasta dimensión**

Desde la multidisciplinaria e interdisciplinaria es menos considerada la valoración clínica y aunque se ha ampliado la pesquisa de factores causales, extendiéndose hacia áreas como la psicosocial y a condiciones psicopatológicas en busca de respuestas etiológicas a este fenómeno, expresan Guevara Gómez y colaboradores<sup>29</sup> que el paciente bruxópata continúa siendo atendido en base a estudios clásicos como los de Ramfjord y Ash, que interpretan la etiología del bruxismo desde el estrés, las interferencias oclusales e irritabilidad neuromuscular.

La relación directa que existe entre cada una de las partes del sistema, genera un funcionamiento coordinado. Cuando se presenta alteración funcional o estructural de una de las partes, el sistema responde adaptándose para conservar su funcionalidad; esta adaptación podría terminar con el tiempo en cambios patológicos leves, moderados o severos, dependiendo de la magnitud de la misma y de la presentación de eventos estresantes que superen el umbral de adaptación del paciente.<sup>28</sup> Debido a que la etiología del bruxismo es multifactorial, el conocimiento de los factores de riesgo es útil para que el odontólogo brinde un diagnóstico efectivo basado en el cuestionario.<sup>30</sup>

Un problema observado con frecuencia en pacientes de edad adulta es el desgaste dental patológico, que generalmente ocasiona la pérdida de la guía anterior, provocando compromiso estético de los dientes anterosuperiores, desarmonía oclusal y, en algunos casos, trauma emocional y dolor neuromuscular.<sup>31</sup>

La literatura científica está cada vez más interesada en este fenómeno debido a que se encuentra relacionado con múltiples trastornos como: dolor bucofacial, enfermedades neurológicas, apnea del sueño y problemas dentales.<sup>32</sup> Ha sido estudiado por más de 50 años,<sup>24</sup> y es tradición, que se conceptualice como una parafunción manifestada por apretamiento o por rechinar dentario, otorgándosele a la desarmonía en la posición dental la razón causal. Podemos afirmar que existe una relación entre BS y algunos trastornos de sueño, tales como Parasomnias, Problemas Respiratorios, Hiperhidrosis del Sueño y Sueño no Reparador.<sup>32</sup>

Observados estos dientes desde palatino existe una gran convexidad marcada que corresponde al cingulum y que ocupa también el tercio gingival; a continuación, esa convexidad se transforma en una concavidad que como veremos más adelante representa (sumada al borde incisal) el área funcional de los dientes anteriores. Desde incisal podremos

observar la ubicación del borde, en la unión del tercio vestibular con los dos tercios palatinos, al igual que la relación de contacto.<sup>13,18</sup>

En una vista lingual se ve que el tercio gingival está constituido por el cingulum, y a continuación del cual se halla el área funcional. A ambos lados del área funcional se presentan dos rebordes marginales delimitados por surcos; estos rebordes son elevaciones convexas sobre las que se desplazan unidades de oclusión del maxilar inferior (incisivos). Dichas convexidades permiten reducir al mínimo las fuerzas de rozamiento y convertirlas en fuerzas de deslizamiento.<sup>18</sup>

Canino superior: si bien su estructura coronaria es más importante que la de los incisivos, vemos que su tope cuspídeo también está ubicado en la unión de los dos tercios palatinos con el tercio vestibular; en cambio su cara palatina no es cóncava, sino que comienza a perder esa concavidad para convertirse en convexa.<sup>18</sup>

### **Guía anterior y la musculatura interviniente**

Sabiendo que los músculos periorales y la lengua participan en la alineación tridimensional y en el punto de acoplamiento de las estructuras dentarias, funcionalmente se comprobó mediante estudios electromiográficos que los contactos anteriores estimulan el músculo temporal mientras los contactos posteriores estimulan el músculo masetero. Debido a esta actividad muscular dispondrá los dientes posteriores de tal manera que conformen la curva posterior, disposición que les permitirá absorber con eficacia los esfuerzos impuestos por el músculo masetero. De igual forma los dientes anteriores se alinearán en relación con el músculo temporal y los dientes ubicados en el sector intermedio que son los premolares, constituirán un área intermedia entre los dos grupos mencionados antes.<sup>13,21,33</sup>

El músculo temporal es más largo y menos potente que el masetero, esta fundamental característica servirá a los dientes anteriores cuando este músculo se encuentre estimulado, debido a que el músculo temporal ejercerá una menor potencia sobre las piezas dentarias en el sector anterior. En los movimientos hacia el lado de trabajo, en una guía anterior fisiológica se activará el fascículo inferior del pterigoideo externo del lado de no trabajo.<sup>13,21,34</sup>

### **Funciones e importancia de la guía anterior. (Figura 2)**

La labor de la guía anterior en la actividad funcional del aparato masticatorio es de notable importancia, como lo es también durante los episodios de actividad parafuncional, que puedan presentarse en un individuo, al disipar las fuerzas excesivas generadas y que

pueden llegar a dañar los distintos eslabones del sistema estomatognático. Esta función protectora se basa en mecanismos físicos y biológicos.<sup>21</sup>



**Figura 2.** Funciones fundamentales de la guía anterior de la oclusión dentaria

Al ubicarse los dientes anteriores más lejos del punto de generación y aplicación de las fuerzas musculares, por las leyes físicas de palanca de tercer grado, le será más fácil recibir y disipar éstas; además existen mecanismos biológicos que determinan que la propiocepción de estos dientes desencadene un reflejo protector con supresión de la actividad de los músculos elevadores principales (maseteros y temporales anteriores), lo que ha sido demostrado desde la ciencia.<sup>21</sup>

### **Importancia de la guía anterior**

Si bien la guía anterior es una relación dinámica entre incisivos inferiores y superiores en todas las funciones, luego acompañada por la presencia de los caninos permanentes una vez que sus raíces están calcificadas, no es sinónimo de desoclusión, ya que la guía anterior no solo juega un rol en la relación dinámica de las estructuras dentarias en la posición espacial, sino que también debe estar armonizada con las demás estructuras del sistema masticatorio, para cumplir sus diversas funciones como son la masticación de corte, la fonoarticulación y la estética.<sup>21</sup>

Una guía anterior desfavorable inducirá a movimientos mandibulares anormales, generando posiciones críticas de los cóndilos dentro de las cavidades glenoideas lo que provocará en el paciente estrés, dolor, ruido articular, estableciendo un verdadero desequilibrio a nivel de todo el sistema masticatorio.<sup>21,35</sup>

## **Factores coligados a la guía anterior de la oclusión dentaria**

Máxima Intercuspidación: se determina como el mayor número de contactos de los dientes mandibulares con los maxilares al ocluir, independientemente de la posición de los cóndilos mandibulares.<sup>36</sup>

Función en grupo: se da cuando se realiza movimientos de lateralidad, en el lado de trabajo presenta contactos múltiples que se incluyen los caninos y los dientes posteriores sin que exista contactos en el lado de balance “lado de no trabajo”.<sup>36</sup>

Overjet (Resalte): conocido como el resalte dentario horizontal que se debe tomar en consideración desde el borde incisal de los incisivos maxilares hasta la cara vestibular de los incisivos mandibulares en máxima intercuspidación.<sup>37</sup>

Overbite (Sobrepase): conocido también como el cruzamiento dentario, se realiza una medida vertical que va desde el borde incisal de los incisivos maxilares hasta el borde incisal de los dientes incisivos mandibulares en máxima intercuspidación.<sup>37</sup>

Mordida Anterior Abierta (Adaquia): se denomina como la ausencia de contacto de los dientes en el sector anterior de la arcada entre maxilares, cuando uno o más dientes no alcanzan el plano oclusal y no se establece contacto con sus antagonistas, pueden producir falta de guía anterior y canina, dificultad para cortar los alimentos, problemas de lenguaje y problemas temporomandibulares.<sup>37</sup>

Es imprescindible para restablecer la guía anterior de la oclusión dentaria llegar a un correcto diagnóstico, pronóstico y plan de tratamiento, basados en un exhaustivo análisis funcional del paciente como punto de partida.<sup>21</sup>

La autora considera que la habilidad más sofisticada de la Estomatología restauradora es la felicidad que se percibe en los pacientes cuando son recuperados sus dientes anteriores. Cualquier alteración en los dientes anteriores se observa como poco atractivo o antiestético y puede precipitar una experiencia emocional traumática, ya que existe una relación entre la imagen corporal y la autoestima del paciente.

Cuando realizamos un tratamiento y llevamos el paciente al concepto de salud, la conformación de la guía anterior es de una importancia tal que nos permite lograr la estabilidad natural y sin recidivas para establecer un sistema masticatorio en equilibrio.<sup>21</sup>

### **Factores principales en tratamientos oclusales exitosos:** <sup>17</sup>

1.- Posición condilar más superior, confortable y estable (RC)

- 2.- Relación céntrica = Máxima intercuspidadación
- 3.- Soporte periodontal adecuado
- 4.- Número adecuado de piezas dentarias (o implantes) estables
- 5.- Buen overbite anterior
- 6.- Buenas guías laterales (65° a 70°)
- 7.- Morfología dentaria posterior no desgastada (compatible con una adecuada guía anterior)
- 8.- Ausencia de interferencias dentarias posteriores en movimientos excéntricos.
- 9.- Adecuada bioestética.

Debido a los elementos clarificados, no se debe seguir el concepto de numerosos prácticos donde la guía anterior representa el recubrimiento vertical de los incisivos inferiores por los superiores, a menudo percibido como una entidad anatómica estática. El valor milimétrico del recubrimiento incisivo en oclusión máxima tiene, en sí, poco interés y no refleja la calidad de esa oclusión dentaria.<sup>21</sup>

Aspectos con los que es participe el investigador del presente estudio porque las relaciones incisivas solo tienen una verdadera significación cuando son apreciadas de manera dinámica. En el diagnóstico y evaluación minuciosa de los pacientes la guía anterior es determinante para mejorar la estética, fonética y función masticatoria, Se puede asegurar que el valor funcional de la guía anterior, refleja la calidad de la combinación de los parámetros oclusales que como la guía anterior es de naturaleza dinámica y funcional.<sup>13,21</sup>

Si bien no existen muchas investigaciones respecto al tema, se pueden evidenciar por Veliz Vaca,<sup>15</sup> diferentes casos clínicos, donde hay restablecimiento de la guía anterior, y de la alineación tridimensional, como factores principales para la desoclusión. Reportes de los investigadores: Quinteros M. (2016); Veliz V. (2016) y (2018); Escobar P. (2018).

### **Criterios para restablecer la guía anterior de la oclusión dentaria**

Es importante dar a conocer el manejo funcional y estético de la zona anterior en paciente con enfermedad oclusal, devolviendo función, estética y fonética mediante rehabilitación oral en paciente con desarmonía oclusal con el fin de restablecer guía anterior que le permita realizar movimientos excéntricos y de esta manera disminuir el trauma oclusal, como uno de los causantes del fracaso del tratamiento integral.<sup>38</sup>

Objetivos funcionales ideales de la oclusión bioestética:<sup>17</sup>

- 1.- Incisivos centrales largos.
- 2.- Incisivos laterales más cortos y redondeados.

- 3.- Caninos largos y puntiagudos.
- 4.- Overbite: 3-5 mm.
- 5.-Overjet: 2-3 mm.
- 6.-OverjetCanino: 1 mm.
- 7.- Piezas posteriores aguzadas, sin desgaste.
- 8.- MIC a menos de 0.5 mm. de RC.
- 9.- Desoclusión posterior de 2 a 3 mm.en vis a vis anterior.
- 10.- Desoclusión con guía canina de 1.5 a 2 mm en el lado de trabajo, y de 2 a 3 mm en el lado de no trabajo

En pacientes con desgaste dental, lo ideal es iniciar la rehabilitación restaurando la guía anterior porque obedece a patrones individuales, permitiendo que quede definida la relación oclusal céntrica y la dimensión vertical oclusiva.<sup>38</sup> Aspecto de inestimable valor pues se describe en la literatura científica que el mismo facilita la reorganización de la oclusión mediante la eliminación de las interferencias oclusales, la provisión de overjet y overbite adecuado, y el alivio de la guía anterior.<sup>39</sup>

## **CONSIDERACIONES FINALES**

Es considerada la oclusión dentaria como la actividad más dinámica del sistema estomatognático. Su conceptualización debe incluir las relaciones funcionales, parafuncionales y disfuncionales. Dentro de ella la guía anterior desarrolla funciones de masticación, de corte, la fonoarticulación y la estética.

## **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

1. Apodaca Lugo A. Fundamentos de oclusión. Docer Argentina. [Internet].2021 Disponible en: <https://dokumen.tips/education/fundamentos-de-oclusion-5584bc292cb7c.html?pag>.
2. Vedia Michel SA. Restablecimiento de la oclusión dental con resinas compuestas.OrbisTertius UPAL. Año 6. Nº 11. 2022. ISSN versión impresa: 2520-9981. ISSN versión digital: 2709-8001. pp 125-139. Universidad Privada Abierta Latinoamericana. Cochabamba. Disponible en:<https://biblioteca.upal.edu.bo/htdocs/ojs/index.php/orbis/article/view/117/204>
3. Organización Mundial de la salud. Salud bucodental [en línea]. Ginebra: OMS; 2022 [citado 30 de noviembre 2022]. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/oral-health>.

4. Manfredini D, Ahlberg J, Wetselaar P, Svensson P, Lobbezoo F. The bruxism construct: From cut-off points to a continuum spectrum. J. Oral Rehabil. [revista en internet]. 2019 [citado 30 de noviembre 2022];46(11): 991-997. Disponible en: <https://doi.org/10.1111/joor.12833>.
5. Cárdenas Erosa R, Mendiburu Zavala CE, Cortes Carrillo D, Navarro Zapata D, Lugo Ancona P. Guía Anterior como factor etiológico del dolor de la articulación temporomandibular. Rev. Mex. Intra. Med. Journal [revista en internet]. 2012 [citado 30 de noviembre 2022]; 1(3). Disponible en: [http://journal.intramed.net/index.php/Intramed\\_Journal/article/viewFile/162/](http://journal.intramed.net/index.php/Intramed_Journal/article/viewFile/162/).
6. Rodríguez-Calzadilla A, Delgado-Méndez L. Programa Nacional de Atención Estomatológica Integral a la población. RevCubanaEstomatol [Internet]. 1995 [citado 6 Ene 2023]; 32 (1): [aprox.16 p.] Disponible en:<https://revestomatologia.sld.cu/index.php/est/article/view/2840>
7. Osorio Ayala LD, Paredes Tenesaca D, Parra Calle MJ, Pesández Ibarra MJ, Yunca Picón MY, Barzallo Sardi V. Importancia de la guía anterior en el tratamiento de ortodoncia: Revisión de la literatura. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría.2020. Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-61/>
8. Díaz Miralles M, Díaz Gómez SM, Hidalgo Hidalgo S, Viña Villafañes V, Paz Latorre E. Algoritmo preceptivo de variantes tipológicas del desgaste dentario en la guía anterior del paciente bruxópata. Congreso Internacional Estomatología 2020 (Virtual) [Internet]. La Habana: Facultad de Estomatología Raúl González Sánchez; 2020 [citado 12 Dic 2018]. Disponible en: <http://www.estomatologia2020.sld.cu/index.php/estomatologia/2020/paper/viewFile/503/392>
9. Díaz Gómez Silvia María, María Elena Gutiérrez Hernández, Ileana Bárbara Grau-León, Martha Díaz-Miralles, Tania Victoria Puerto-Pérez, Ana Eugenia Vara-Delgado. Procedimientos clínicos interdisciplinarios para un nuevo enfoque del bruxismo desde la integración médica en Cuba. Arch méd Camagüey [Internet] 2021 [citado 2023 Feb 14]; 25(5):e8473. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/8473/4101>
10. Christiani JJ, Altamirano R. Contactos mediotrusivos en la oclusión y la ATM. Revista de la Facultad de Odontología, 13(1). 2020. Obtenido de <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/4340/4037>
11. Sánchez SJ, Álvarez-Herms J, CirerSastre R, Corbi F and Burtscher M. The Influence of Dental Occlusion on Dynamic Balance and Muscular Tone. Front Physiol.2020;10:1626. Diponible en: <https://www.readcube.com/articles/10.3389/fphys.2019.01626>

12. The glossary of prosthodontic terms. J Prosthet Dent. 2005 Jul;94(1):10-92. doi: 10.1016/j.prosdent.2005.03.013. PMID: 16080238.  
<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16080238/>
13. Okeson, Jeffrey P. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares. Elsevier HealthSciences, 8<sup>va</sup> Edición; Capitulo 3, Octubre 2019. Disponible en :  
<https://www.edicionesjournal.com/Papel/9788491135197/Tratamiento+De+Oclusi%C3%B3n+Y+Afecciones+Temporomandibulares+Ed+8%C2%BA>
14. Masson Palacios MJ, Armas Vega AC. Rehabilitación del sector anterior con carillas de porcelana lentes de contacto, guiado por planificación digital. Informe de un caso. Odontología Vital [Internet]. 2019 June [cited 2022 Nov 30]; ( 30 ): 79-86. Available from:  
[http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1659-07752019000100079&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1659-07752019000100079&lng=en).
15. Veliz Vaca V. Restablecimiento de guía anterior dental mediante restauraciones directas. GacMedBol [Internet]. 2018 Dic [citado 2022 Nov 30]; 41( 2 ): 21-23. Disponible en:  
[http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1012-29662018000200006&lng=es](http://www.scielo.org.bo/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1012-29662018000200006&lng=es)
16. Fuentes D. “Llaves de la oclusión de Andrews evaluadas en modelos de estudio de pacientes terminados en la clínica de posgrado de ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad Central del Ecuador”. 2015. Obtenido de  
<http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:eb64crejzqxj:www.dspace.uce.edu.ec/bitstream/25000/4979/1/t-uce-0015-180.pdf+&cd=1&hl=es419&ct=clnk&gl=ec>
17. Rodríguez Chaparro DO. Manual de conceptos básicos de oclusión. 2022 Disponible en:  
<https://repositorio.uautonoma.cl/bitstream/handle/20.500.12728/10158/ODONTOLOGI%CC%81A%20Manual%20de%20Conceptos%20Ba%CC%81sicos%20de%20Oclusio%CC%81n.pdf?sequence=1>
18. Alonso AA. Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral.2021 (643 páginas) 146.6 MBPublicado: 2021-07-15 Disponible en:  
<https://estomatologia2.files.wordpress.com/2017/10/141782827-oclusion-y-diagnostico-160228175521.pdf>
19. Noguera-Planas M, Molinet-Mompíe G, Diz-Suárez G. Oclusión traumática y Bruxismo en la Disfunción Temporomandibular. MULTIMED [revista en Internet]. 2017 [citado 11 Ene 2023]; 19 (6) :[aprox. 15 p.]. Disponible en:  
<https://revmultimed.sld.cu/index.php/mtm/article/view/431> Así viene como citar en el artículo.

20. Rodelo Romero L A. Morfología dental y neurofisiología de la oclusión I. Corporación Universitaria Rafael Núñez, 2020. Disponible en: [https://scholar.google.es/citations?view\\_op=view\\_citation&hl=es&user=HGSHtQAAAAJ&citation\\_for\\_view](https://scholar.google.es/citations?view_op=view_citation&hl=es&user=HGSHtQAAAAJ&citation_for_view)
21. Demichelis. CE. Esencia del Sistema Masticatorio y Guía Anterior Funcional. ORTUY [Internet]. 3may2019 [citado 11ene.2023];2(1):5-8. Available from: <http://www.iuceddu.com.uy/revistaortopediayortodoncia/index.php/ORTUY/article/view/21>
22. Gallardo LCA, Ascanio CA. Oclusión basada en evidencia. Rompiendo paradigmas..Rev ADM. 2023;80(1):41-48. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=109727>
23. Oyarzo Jan Fernando, Constanza Valdés, and Rodrigo Bravo. "Etiología, diagnóstico y manejo de bruxismo de sueño." Revista médica clínica las condes 32.5, 2021: 603-610. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0716864021000882>
24. Sigcho Romero CR, Vallejo Andrade J, Cedeño Zambrano DA, Sánchez Sánchez RJ. Enfoque interdisciplinario en el diagnóstico y tratamiento del bruxismo en individuos con dentición permanente Pol. Con. (Edición núm. 70) Vol 7, No 12 diciembre 2022, pp. 69-86 Disponible en: <file:///C:/Users/CUBA/Downloads/4982-25973-1-PB.pdf>
25. Jorna Corrales L, Rodríguez González Y, Ureña Espinosa M. Caracterización de pacientes bruxópatas de un consultorio médico del municipio Las Tunas. SA [Internet]. 10 de marzo de 2022 [citado 10 de marzo de 2023];5(1):1-11. Disponible en: <http://www.sinergiaacademica.com/index.php/sa/article/view/68>
26. Díaz-Gómez S. Aspectos neurofisiológicos pendientes en el tercer nivel de atención para el estudio del bruxismo. Archivo Médico Camagüey [Internet]. 2021 [citado 10 Mar 2023]; 25 (2) :[aprox. 3 p.]. Disponible en: <https://revistaamc.sld.cu/index.php/amc/article/view/7751>
27. Juan Ortiz A, Nápoles Rodríguez N. Efectividad de la fisioterapia como tratamiento coadyuvante del bruxismo. Opuntia Brava [Internet]. 25abr.2022 [citado 10mar.2023];14(2):224-36. Availablefrom: <https://opuntiabrava.ult.edu.cu/index.php/opuntiabrava/article/view/1579>
28. Pinos Robalino PJ, Gonzabay Bravo EM, Cedeño Delgado, MJ. El Bruxismo, Conocimientos Actuales. Una Revisión de la Literatura. 2020. RECIAMUC, 4(1), 49-58. [doi:10.26820/reciamuc/4.\(1\).enero.2020.49-58](https://doi.org/10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.49-58)
29. Guevara Gómez SA, Ongay Sánchez E, Castellanos JL. Avances y limitaciones en el tratamiento del paciente con bruxismo. Rev ADM [Internet]. 2015 [citado 4 Ene

2019];72(2):[aprox. 9 p.]. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/adm/od-2015/od152i.pdf>

30. Alvarez-Gastañaga VA, Baldeón-López MC, Malpartida-Carrillo V. Bruxismo en niños y adolescentes: Revisión de la literatura. *Odvotos* [Internet]. 2020 Aug [cited 2023 Mar 10];22(2):53-61. Disponible en: [http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S221534112020000200053&lng=en](http://www.scielo.sa.cr/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S221534112020000200053&lng=en). <http://dx.doi.org/10.15517/ijds.v0i0.36185>.

31. Rofaeel M., Chow J.CF. Cioffi I. The intensity of awake bruxism episodes is increased in individuals with high trait anxiety. *Clin Oral Invest*25, 3197–3206, 2021. Disponible en: <https://link.springer.com/article/10.1007/s00784-020-03650-5>

32. Köstner Uribe S, Brunet Echavarría J, Tapia Vargas A. Trastornos de sueño asociados a bruxismo de sueño en niños entre 3 y 6 años de edad atendidos en la Clínica Odontológica de la Universidad Mayor de Santiago, Chile. *AvOdontoestomatol* [Internet]. 2019 Ago [citado 2023 Mar 10] ; 35( 2 ): 83-91. Disponible en: [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0213-12852019000200005&lng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-12852019000200005&lng=es). Epub 18-Mayo-2020.

33. Osorio L, Paredes D, Parra, M., Pesántez M., Yunga , M., Barzallo , V. Importancia de la guía anterior en el tratamiento de ortodoncia: Revisión de la literatura. 2020. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatria*. Obtenido de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-61/>

34. Sánchez M., Becerra W. Osteoartritis (artrosis) de la articulación temporomandibular. *Scielo*, 80(4). 2020. Obtenido de [https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S071848162020000400540&lang=pt](https://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S071848162020000400540&lang=pt)

35. Rojas Gaona PM. Los trastornos temporomandibulares y la oclusión dentaria [tesis]. Guayaquil: Universidad de Guayaquil; 2021 [citado 2022 Dic 19]. Disponible en: <http://repositorio.ug.edu.ec/bitstream/redug/56171/1/3913ROJASpablo.pdf>.

36. Maldonado, J., Romero, L., Gutiérrez, C., Canseco, J., &Ruidíaz, V. Evaluación de dos técnicas para el registro de relación céntrica mandibular: arco gótico versus céntrica de poder. *Revista Odontológica Mexicana*, 19(1). 2015. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2015/uo151c.pdf>

37. Attene M, Infante L. Overjet y Ovebite, un desafío terapéutico. *Docer Argentina*. 2020. Obtenido de

<file:///C:/Users/USER/Downloads/OVERJET%20Y%20OVERBITE%20Attene%20%20Infante.pdf>

38. Pérez Cid MCH. Restablecimiento de la guía anterior. Academia. Edu. 2014. [Internet]. Disponible en:

[https://www.academia.edu/39116207/RESTABLECIMIENTO\\_DE\\_LA\\_GUIA\\_ANTERIOR](https://www.academia.edu/39116207/RESTABLECIMIENTO_DE_LA_GUIA_ANTERIOR)

39. Barragán-Paredes MA, Viveros-Rebolledo CA, Garzón-Rayó H. Alteración de la dimensión vertical: Revisión de la literatura. Rev. Estomatol. 2019; 27(2):27-37. Disponible en: <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1087771/v27n02a04.pdf>