

# EL PERFIL Y LA ALTURA DE OCLUSION

por el

Dr. Miguel Sáenz de Pipaón

A los suscriptores jóvenes.

616.314-089.28-2

He aquí un problema bien interesante desde el punto de vista didáctico y práctico. Interesante por su trascendental importancia en las restauraciones, lo mismo en los desdentados completos que en los parciales.

Por la dificultad de su sistematización este estudio ha ido siendo postergado, sin haber llegado todavía hoy a su organización. Tampoco en el orden docente se ha insistido suficientemente para colocar al estudiante en los verdaderos términos del problema (McGee).

Ciertamente, no debemos olvidar lo que de *arte* hay en el tema que nos ocupa y, por consiguiente, la dificultad de su sistematización.

Al hablar de las restauraciones totales de Campbell, podemos decir no hace al problema la menor alusión. Clapp y Tench son los más gráficos, sin tener ocasión de resolver genéricamente las dudas del estudiante. Essig, Doxtater y Frahm soslayan el problema redactando la preparación material de los rodetes de oclusión o refiriéndose a los detalles de la selección del diente artificial.

Poco más amplio resulta Nichols, haciendo una cubicación de la cavidad oral, pero sin recalcar en la trama del problema que al lego se le presenta cuando ha de determinar la altura de la oclusión (1).

Es a Turner a quien tenemos que adjudicar el más favorable calificativo pedagógico, máxime teniendo en cuenta que su obra data de cuatro lustros.

Tampoco podemos observar otro interés sobre el problema, al tratar los autores de las restauraciones parciales. No puede decirse, sin embargo, que en este tipo de restauraciones no pueda presentárnos el problema en los mismos o parecidos términos, y al contrario, es en los casos parciales cuando la restitución o modificación de la altura de oclusión se nos muestra complicada, estéticamente además,

---

(1) No pretendemos en este momento analizar, para rechazar o aceptar, los términos consagrados, que empleamos en la redacción de este trabajo.



con la presencia de los dientes remanentes. No obstante, Kennedy, que trata de la posibilidad de "levantar la oclusión", no hace alusión a los motivos estéticos de su fundamento.

Neurohr, al tratar sobre las restauraciones parciales, tampoco pretende incluir el tema en su redacción.

De los autores de lengua alemana debemos citar en primer lugar a Gysi. Su exposición es, además, la más didáctica.

Schroeder refiere el problema de pasada. Balters cita las operaciones complementarias para la colocación de los modelos en el "articulador", así como la selección del diente artificial. A Türkheim no se le puede exigir más en su tratado, muy acertado, pero elemental. Y ni la misma sagacidad clínica de Heinrich, tan realista, hace reparación al problema.

Loos, en su trabajo sobre las indicaciones biológicas de las restauraciones parciales, no abarca tampoco el asunto. Lo mismo podemos decir de Rumpel.

De los autores de lengua española, el más representativo sea hoy quizás el tratado de Saizar.

### *Los rodetes de oclusión*

Al preparar los rodetes de oclusión, ya sabemos, su arco está determinado por el proceso alveolar, su longitud no debe alcanzar en la arcad superior, en sus extremos posteriores, los tubérculos con-

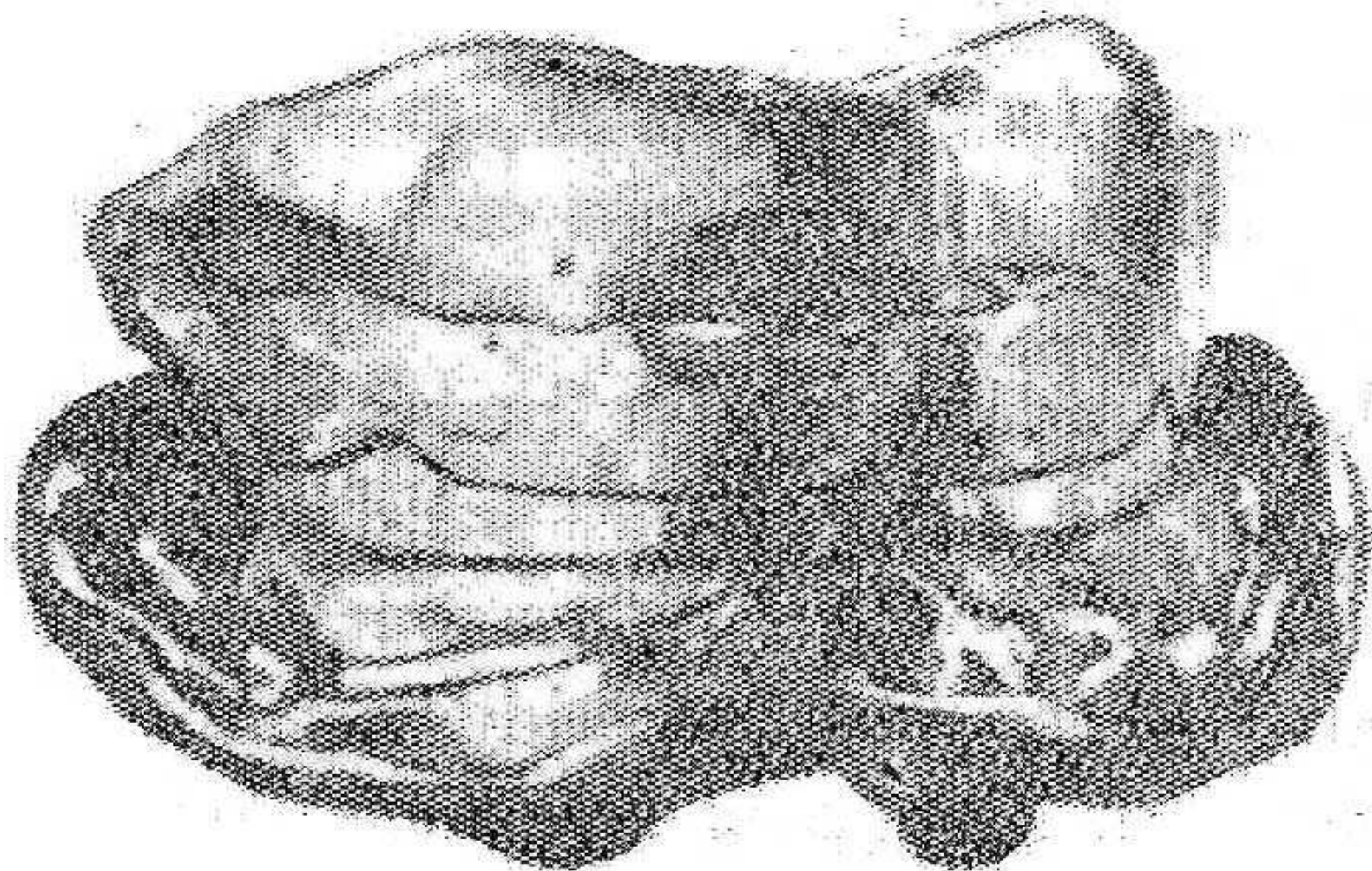


FIGURA 1

*Los rodetes de oclusión, superior e inferior, registran la altura de oclusión elegida*



dilares; y su altura se fija, en boca, por la línea de sonrisa y de reposo de los labios. Pues bien, establecida a esta altura el plano de oclusión, paralelo al plano de Camper, quedan, no obstante, interrogantes para el poco experto y problemas al prostodoncista, que sólo la experiencia le irá poniendo en trance de resolver.

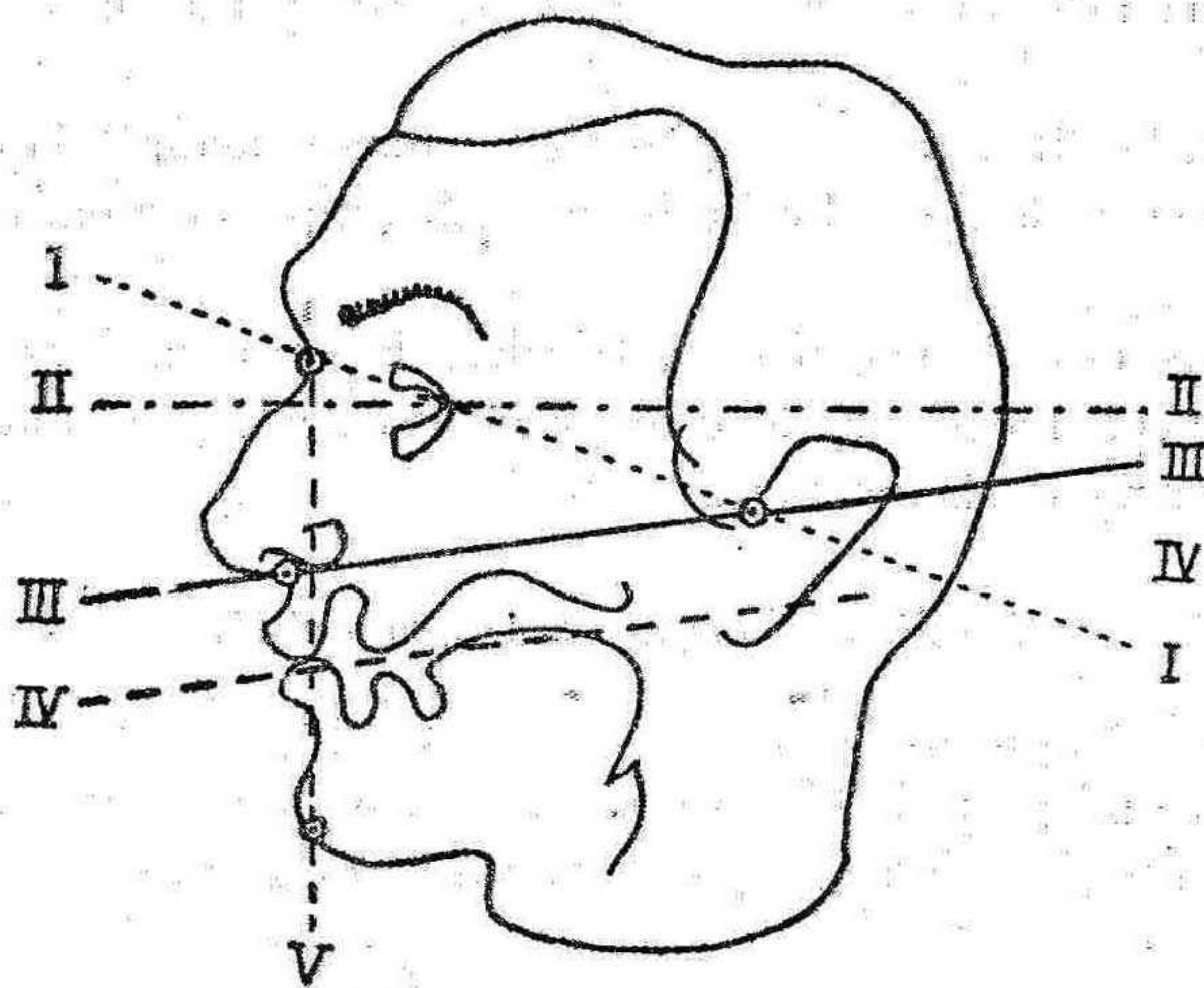


FIGURA 2

*El plano de Camper (III) es paralelo al plano de Barclay (IV) en el niño, pero no en el adulto, según Wylie*

Y esto sin adentrarnos en consideraciones derivadas de mensuraciones cefalométricas (Wylie), según las cuales ambos planos no son paralelos en el adulto (cuarenta y cinco años), sino que convergen anteriormente en cuatro grados. Solamente en los niños de unos diez años son estos planos paralelos.

Indicaciones, decíamos—haciendo abstracción de estos trabajos—ofrecidas con falta de precisión. Casi podríamos decir que incorrectas. Verdaderamente, pues, que merece prestarle la atención debida a la determinación de esta dimensión vertical.

### *Las dimensiones verticales*

Los autores han dado en considerar dos dimensiones verticales. Una (1), según la cual los dientes se mantienen en contacto los superiores con los inferiores; la otra (2), en la que ambas arcadas dentarias se encuentran separadas ligeramente; es decir, la posición fisio-



lógica de reposo. Sobre ambas se han hecho las mensuraciones necesarias para la determinación media, pero de intrascendente resultado, a nuestro entender, si por lo menos no se establece su relación cefalométrica; intrascendente, decimos, para los términos del problema, toda vez que son las constantemente mutables condiciones de cada caso las que nos concederán el grado de recuperación posible individual.

He aquí la dificultad de establecer normas exactas y la necesidad, en consecuencia, de fijar el criterio que debe imponerse para conseguir el acierto.

De estas dos dimensiones vetricales, la segunda (2) carece de interés—mucho menos desde este propósito de hoy—, toda vez que es consecuencia de la primera.

### *Modificación de la altura oclusal*

Prostodóncicamente hablando, se ha de indicar que, alterada o no la altura oclusal en el individuo, es susceptible de ser modificada clínicamente. Modificación que puede alterarse en el mismo articulador,

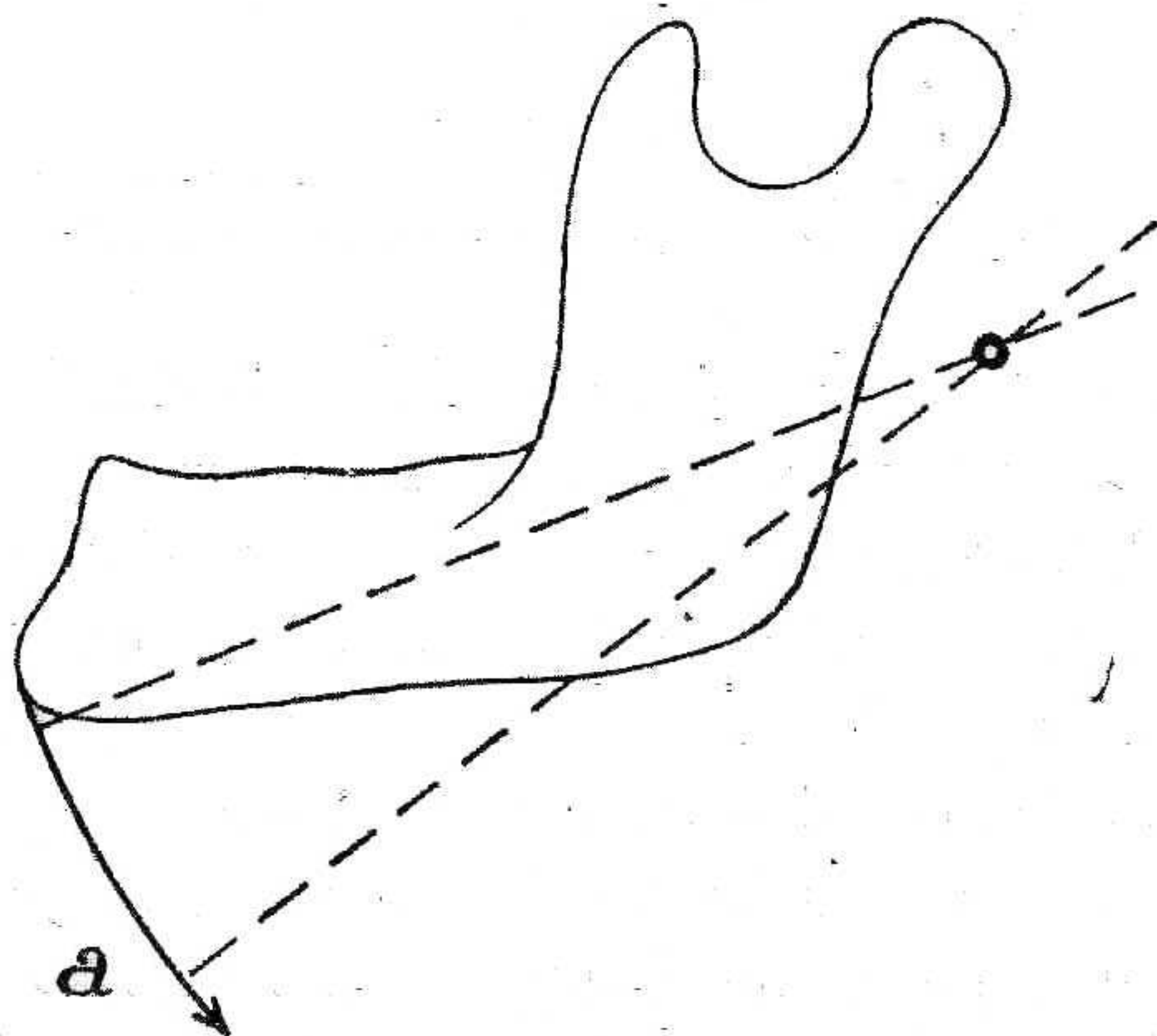


FIGURA 3

*La trayectoria a seguida por el mentón fija el centro de giro del maxilar, fuera del cóndilo. En los aparatos protético-mandibulares, concebidos según este criterio, se podrá alterar la altura de oclusión en el mismo laboratorio*

cuando los modelos se han fijado en él valiéndose del arco facial, siquiera sea prudentemente o confrontando dicha alteración. En esto divergimos de algunos autores, hasta el extremo de no comprobar



ninguna modificación de la altura de oclusión realizada en el mismo articulador (cuando empleamos el Schröder, Gysi, etc.).

### *Condiciones.*

Las modificaciones de la altura oclusal del enfermo se han de considerar según sea en: a) los *desdentados completos*, o b) en los *desdentados parcialmente*. En este segundo caso nos encontraremos con otras dificultades de orden estético, sobre las que no pretendemos insistir.

Nos interesa, pues, separar este estudio en dos grupos, sí, pero ateniéndonos principalmente al "hundimiento de la altura de oclusión" ("starke senkung des bisses" de los alemanes; "overbite" de los americanos).

Este hundimiento de la altura de oclusión se produce:

- 1) Por la abrasión de las superficies oclusales de los dientes;
- 2) por la exagerada interferencia de los planos de oclusión, superior e inferior, como consecuencia de ciertas condiciones y cuando los dientes no son antagónicos;
- 3) por circunstancias anatómicas intra y extraorales.

La abrasión de las superficies oclusales de los dientes, lo mismo sean de los naturales que de los artificiales sustitutos (porcelana, resinas, metales), y entre sí (naturales), o intercambiados (naturales y artificiales). La abrasión de dientes artificiales no se presenta prácticamente, a menos que sean de resina.

De la situación a que puede dar lugar respecto a la altura de oclusión, la ausencia de dientes y su repercusión en la anatomía mandibular, ya lo hemos indicado en una de nuestros Editoriales (\*) con el nombre de "síndrome de Costen". Breitner ha provocado deliberadamente estos cambios en la dimensión vertical, experimentalmente al menos, demostrando las alteraciones anatómicas extraorales.

De estas consideraciones que acabamos de hacer se desprendería la necesidad de determinar lo normal como medida para evitar tales males. Mas, ¿qué es lo normal? ¿Sería normal un término medio obtenido de un gran número de mensuraciones logradas?... Más bien habría de ser la resultante de todas las posibilidades de cada caso.

---

(\*) ODONTOLATRIA, VOL. IV, pág. 341, 1947.



### *Método para obtener la altura oclusal*

Esta resultante se puede obtener después de analizar distintas facetas o posiciones de la mandíbula, todas ellas con la precaución de que la cabeza del enfermo no descansa en el cabezal del sillón, sino manteniéndose libre, de forma que el plano de Franckfort sea paralelo al horizonte.

La observación ha de hacerse:

- 1) con los rodetes de oclusión en contacto;
- 2) con los rodetes de oclusión ligeramente separados;
- 3) ordenando la pronunciación de letras M, etc. (labiales);
- 4) ordenando al enfermo soplar;
- 5) ídem íd. beber;
- 6) haciendo la palpación del cóndilo por el conducto auricular;
- 7) por la medida de la longitud interalveolar. (Algunos autores la precisan paralela con el "bímetro de Boos");
- 8) por la armonía del perfil.

### *Nuestra experiencia*

Nosotros, con más de veinte años de experiencia, nos valemos de dos guías o índices para la determinación de la altura de oclusión. El primero es el perfil facial; el segundo, las exigencias físicas.

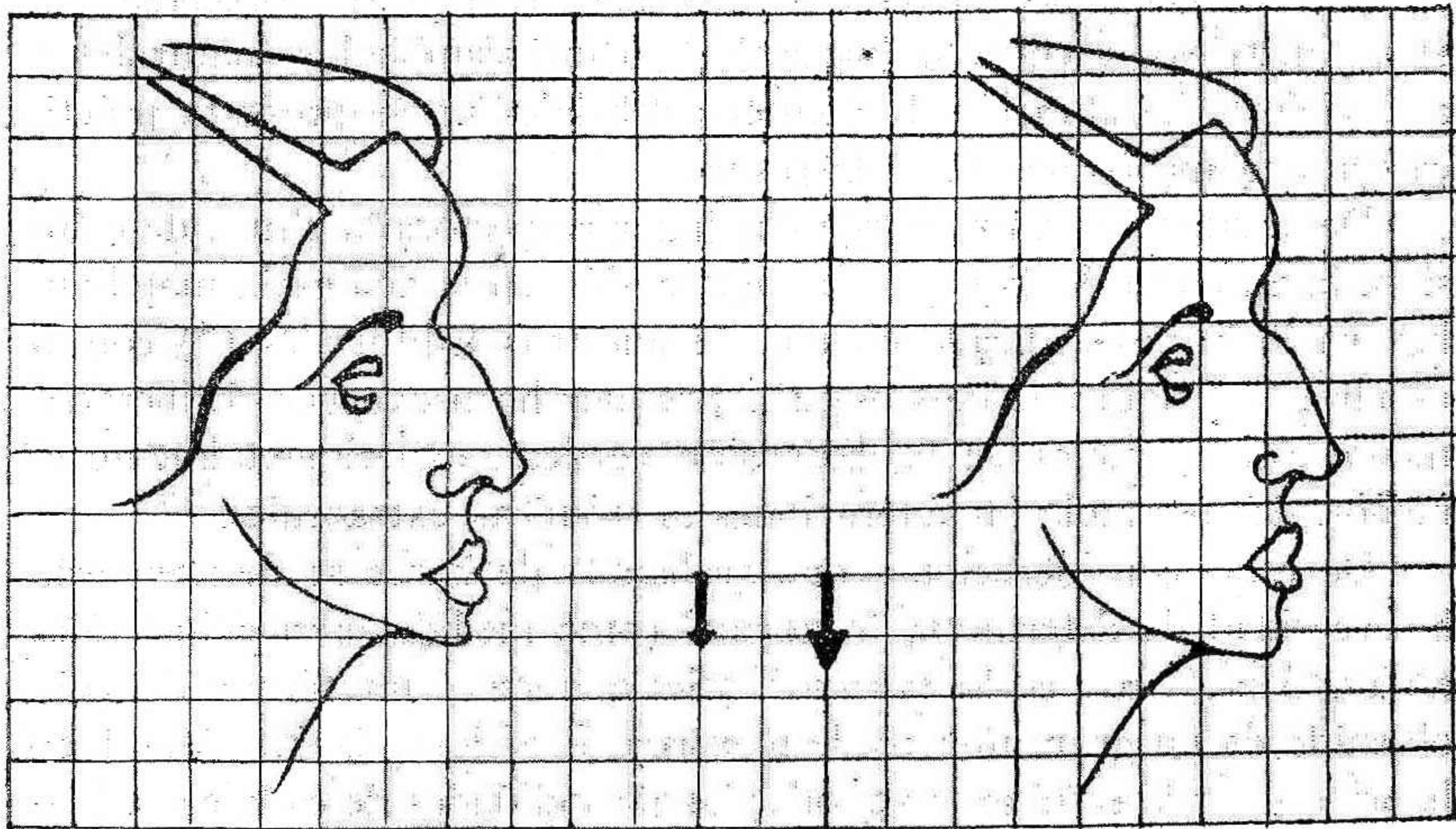


FIGURA 4

*Las flechas en negro indican la diferencia de altura, stomion : gnathion, conseguida para armonía del perfil*



Respecto al primero, poco, muy poco, se puede decir en esta ocasión, que no lo podamos resumir en: la “intuición estética”; pero resulta evidente la proporción que debe existir entre las dimensiones  
glabella — subnasión : stomion — gnathion

Del segundo índice del que nos valemos (las exigencias físicas), también lo fundamentamos en el “instinto artístico”, toda vez que lo relacionamos con la selección del diente de la restauración, y hasta tal extremo que en los semidesdentados podemos llegar a encapsular los dientes remanentes con “casquetes” (jackets), equiparándolos o armonizándolos con los nuevos seleccionados.

De todas formas, procuramos no exagerar la recuperación, asegurando así la confortabilidad del enfermo, por las siguientes circunstancias:

- a) la mayor estabilidad de las placas, sobre todo la inferior (“sellado-mucoso”);
- b) por la facilidad en la masticación;
- c) por la deglución más normal;
- d) por la vocalización flúida del lenguaje.

De todas formas, hemos de tener presente que las exigencias estéticas, en personas necesitadas de las restauraciones completas, son tales, por la laxitud general de los tejidos (sobre todo la piel), que la altura de oclusión o la dimensión vertical obtenido exclusivamente por el perfil tenderá siempre a ser mayor que la deducida de las necesidades mecánicas y físicas, así como de la tolerancia de los tejidos intraorales.

En los casos de restauraciones parciales, la rígida fijación de los dispositivos nos garantiza en mayor o menor tiempo la habituación.

No obstante, en la pronunciada o exagerada alteración de la dimensión vertical deberemos tomar todas las medidas científicas de cuyo conocimiento disponemos, para evitar los perjuicios o inconvenientes que Costen y otros autores señalaron, y que nosotros estudiamos ampliamente al hablar de las indicaciones de los dispositivos protéticos.