

¿Relación céntrica?

Major M. Ash, jr. DDS. MS. Dr hc
University of Michigan. School of Dentistry

La palabra *céntrica* es un adjetivo, pero se usa con frecuencia como un sustantivo en lugar de *centricidad*. El problema que se origina cuando se usa como un sustantivo es que el lector puede quedar en la incertidumbre acerca de lo que realmente significa céntrica. Sin embargo, al declarar la palabra obsoleta o equivocada, no se borrará de la literatura, ya que céntrica tiene una larga historia de uso para describir varias formas de oclusión y de posición mandibular, por ejemplo, oclusión céntrica, céntrica adquirida, céntrica habitual, céntrica potencial, céntrica pervertida, punto céntrico, posición céntrica, centricidad mandibular, libertad en céntrica, libertad de céntrica, lateral en céntrica y relación céntrica. De estos usos, sólo unos pocos se consideran dentro de este artículo.

Centricidad mandibular

La palabra *céntrica*, sea que se use como un adjetivo o como un sustantivo en odontología, ha sido el contenido con el cual sueñan los ideólogos cuando intentan hacer los aspectos biológicos y físicos de las posiciones mandibulares y la oclusión dentro de una teoría unificada de centricidad mandibular, un término que Stuart usó en la descripción de los determinantes condilares de la oclusión. En este concepto, los cóndilos están en la posición más posterior en la fosa mandibular. De manera conceptual, todos los componentes del sistema masticatorio que no fueron pero pudieron ser alineados tenían que serlo con aquellos que ya lo estaban. En este escenario, los cóndilos fueron los alineados y la oclusión la desalineada, por ejemplo, la oclusión tenía que estar alineada con el eje intercondilar transversal con los cóndilos en la posición más posterior de la fosa mandibular. De modo conceptual, "todos los dientes inferiores tenían que cerrar en contra de los superiores al mismo tiempo cerca del eje intercondilar transversal cuando éste estaba en la posición más posterior". No parece factible que el concepto de concentricidad condilar radiográfica o desplazamiento distal del cóndilo, como una causa de trastorno temporomandibular, fuera considerado por el grupo gnatólógico como de significancia relativa para usar una posición forzada, más retruida de los cóndilos para el tratamiento restaurativo.

Aspectos históricos

La historia de la relación céntrica está estrechamente relacionada con conceptos más tempranos de la oclusión de dentadura y oclusión y articulación balanceadas. El concepto de oclusión balanceada, el cual incluye la idea de que la posición más posterior de los cóndilos era la posición funcional óptima para restaurar la oclusión de prótesis, se aplicó a la restauración de la dentición natural por McCollum, Schuyler y otros. Sin embargo, la idea de oclusión restaurada balanceada para la dentición natural se encontró incorrecta y el concepto de relación céntrica que es una posición funcional (no importa como fuera definida) ha sido un tema controvertido.

La necesidad para la oclusión de relacionarse con un marco de referencia, el cual pueda transferirse a un articulador, fue importante para el concepto de oclusión balanceada. Fischer, McColhim y Beyron consideraron que eran capaces de demostrar un eje horizontal transversal que pudiera usarse como la base para los movimientos mandibulares y las relaciones maxilomandibulares. El concepto de un eje mandibular condujo a la elaboración de articuladores completos, casi en el punto donde algunos

clínicos pensaron que la boca no pudiera ser aceptada más como el mejor articulador para la reconstrucción de una dentición.

Es posible trazar el inicio de algunos de los conceptos de relación céntrica al revisar las ideas de oclusión balanceada y análisis de mordida destacados por conceptos estadounidenses del periodo de 1916 a 1926 y se convirtieron en las bases del tratamiento clínico y la creación de departamentos de "análisis de mordida" en los países escandinavos. A diferencia de la historia en Estados Unidos donde los departamentos autónomos de oclusión se formaron por primera vez en 1969 y ahora se encuentran extintos, los departamentos de oclusión (es decir, fisiología estomatognática), departamentos de "análisis de mordida" o sus derivados (como fisiología estomatognática) todavía existen en alguna forma en las escuelas de odontología en Suecia. Han pasado por la escena activa en investigación en oclusión nombres, como Arstad, Beyron, Brill, Krogh-Poulsen, Posselt y otros quienes contribuyeron en gran medida al surgimiento de la oclusión en los países escandinavos. Incluso, todavía permanece un gran apoyo para el estudio de la oclusión en Europa, en especial en Suecia, Dinamarca, Finlandia, Suiza y Holanda. La investigación en oclusión en estos países todavía permanece como un área de fuerte interés.

Oclusión balanceada: aplicación a la dentición natural

La aplicación del concepto de centricidad mandibular y oclusión de la prótesis balanceada se puso en práctica para la restauración bucal completa de la dentición natural desde 1930 hasta 1960, cuando alguien del grupo gnatológico llegó a la conclusión que "la oclusión balanceada no es adecuada para los dientes naturales y, probablemente, no se adapta incluso a los dientes de dentadura" Sin embargo, todavía se cree que para un estado funcional óptimo, la intercuspidad máxima tenía que ocurrir cuando los cóndilos estaban en una posición más posterior en la fosa mandibular.

El impacto del concepto de centricidad mandibular y sus variaciones en la terapéutica oclusal en general no ha sido necesariamente negativa, pero la interfase biofísica única con la cual los dentistas deben tratar diariamente requiere que los conceptos se basen en más que un concepto que pudiera aplicarse sólo a prótesis completas, odontología restaurativa completa y teóricamente a la ortodoncia.

Una de las premisas básicas acerca de la posición más posterior del cóndilo y cómo obtenerla cambió durante la parte final del decenio de 1970 y la posición propuesta por Dawson para los cóndilos en la fosa la aceptaron al menos algunos del grupo gnatológico. Al mismo tiempo que el término relación céntrica estaba siendo definido (*Glossary of Prosthetic Terms*), se supuso que estaría en esta forma forzado a la obsolescencia; un tema controvertido por sí mismo. Este aspecto de la relación céntrica se considera más adelante en este artículo.

Eje horizontal transversal

El marco de referencia para la "centricidad mandibular" fue la posición de los cóndilos en las fosas; los demás componentes del sistema masticatorio, en especial la oclusión, tenían que reflejar esta ideología. Hasta la llegada del decenio de 1980, la posición ideal putativa de los cóndilos en las fosas mandibulares para el grupo gnatológico generalmente era una posición más posterior; se creyó que la realización aplicada de la posición era el eje horizontal transversal [bisagra] desde el cual la "rotación pura" podría ser transferida a un articulador apropiado.

La posición de dicho eje se identificó una y otra vez con posición céntrica o relación céntrica. Al principio de l siglo pasado, Gysi utilizó en la teoría y en la práctica el arco gótico (punta de flecha o de aguja) trazando en casos edéntulos como el punto de inicio para los movimientos (deslizamiento) laterales de la mandíbula. Para el grupo de McCollum, la punta de flecha era la verdadera

posición céntrica. La relación punta de flecha se ha usado en conexión con la oclusión céntrica," posición céntrica, relación céntrica, relación céntrica verdadera y oclusión terminal, para nombrar unos cuantos.

Auxiliares para la localización y registro de la relación céntrica

Los auxiliares putativos para localizar y registrar la relación céntrica incluyen una guía anterior de acrílico y de un calibrador de hojas. Se cree que estos llamados desprogramadores y programadores anteriores permiten a los cóndilos colocarse de manera correcta para la desprogramación/reprogramación de los músculos de la mandíbula; sin embargo, un estudio reciente arroja duda sobre el valor en la práctica clínica. Según Hobo y colaboradores, sin importar cuál técnica de dirección se use, en la fosa mandibular hay un espacio "amortiguador" de 0,1 a 0,3 mm entre el cóndilo y la fosa. Clínicamente, al comparar los contactos de relación céntrica inicial mediante guía bimanual correcta y de punto de barbilla correcta se demuestra que no hay una diferencia en las técnicas.

Se le ha dado considerable confianza al concepto de un eje de bisagra estacionario y el uso de pantografía, localizadores axiales de bisagra, arcos faciales cinemáticos y trazadores de arco gótico; sin embargo, la localización correcta del eje horizontal transversal de la rotación de la mandíbula es una de las áreas más disputadas y todavía uno de los problemas sin resolver del diagnóstico instrumental funcional. Podría esperarse en el día de "la alta tecnología" que podrían surgir los métodos precisos, libres de error para obtener y registrar la relación céntrica; sin embargo, la relación céntrica no tiene referencia de la conducta muscular, crecimiento o función articular, y una localización precisa requiere algún punto de referencia al lado de ella. El error en un eje de bisagra determinado cinemáticamente es una dispersión de 1.7 x 1.7 mm," el cual refleja uno de los aspectos mecánicos del problema de reconstrucción de un punto céntrico. Obviamente, la localización no se puede determinar por métodos radiográficos. A últimas fechas se han descrito avances electronicomatemáticos para identificar el centro de rotación de la mandíbula; ahora bien, la desviación máxima del punto de eje localizado de manera cinemática es 0,5 mm y la complejidad de las posibles fuentes de error requiere análisis cuantitativos y comparativos más cercanos. El eje terminal de bisagra no se puede considerar como un eje minúsculo preciso sin cambio o libre de errores.

Oclusión en relación céntrica

Quizás el problema más difícil encontrado por el grupo gnatológico en los decenios de 1980 a 1990 fue cómo borrar los términos *retruido* y *más posterior* del concepto que por más de 50 años aplicaron al dogma básico de que la posición óptima de los cóndilos en la fosa mandibular era la posición más retruida o más posterior. Una vez que se hizo evidente que la posición condilar era incorrecta, términos como *más posterior*, *retruida* y *posición de contacto retruido* u oclusión en relación céntrica se volvió un anatema y se necesitó otro término para describir la posición oclusal intercuspídea de oclusiones restauradas completamente.

Quizás ante la dificultad de una transición a la obsolescencia, "oclusión céntrica" apareció como un término redefinido en el *Glossary of Prosthetic Terms* (1987) para cumplir esta necesidad.

Libertad en céntrica

El concepto de *libertad en céntrica* estipula la libertad de la mandíbula para cerrar en una máxima intercuspidadación en relación céntrica (oclusión en relación céntrica) anteriormente a la oclusión céntrica (posición intercuspídea, habitual o céntrica adquirida), y entre éstas, así como ligeramente lateral y anterior a esta área (céntrica amplia) de contactos oclusales. En este concepto "hay un área plana en las fosas centrales sobre las cuales el contacto de las cúspides opuestas permite un grado de libertad en movimientos excéntricos influido por la inclinación de los dientes"

La libertad en céntrica, la cual se obtiene por medio de un ajuste oclusal o mediante la odontología restaurativa, permite a la mandíbula cerrar en una posición intercuspídea sin la necesidad de grandes respuestas musculares para contactos oclusales prematuros. Después de un ajuste oclusal, el rango posteroanterior de máxima intercuspidadación es desde la oclusión céntrica original. El rango lateral (céntrica amplia) de máxima intercuspidadación depende de la cantidad de deflexión lateral (lateral en céntrica) desde el contacto prematuro en relación céntrica a oclusión céntrica en el cierre mandibular. Para libertad en céntrica en tratamientos restaurativos oclusales completos se ha usado el término *céntrica larga*; sin embargo, el rango anterior de libertad no necesita ser lo suficientemente grande para incluir la oclusión céntrica original pero puede establecerse a menos de 1 mm (es decir, 0.5 mm) anterior a la relación céntrica.

El concepto también se aplicó a la férula oclusal de plano de mordida.

Punto céntrico

En varias ocasiones, dependiendo de la definición de una posición condilar óptima, se ha propuesto que con la adecuada guía del operador, o guía dental, los cóndilos deben asentar en una posición más posterior en las fosas mandibulares exactamente en el momento cuando la máxima intercuspidadación de los dientes ocurre en la posición de contacto retruido. Este concepto se ha llamado *punto céntrico*. En céntrica larga, las cúspides de soporte hacen contacto con áreas planas preparadas en los dientes restaurados, no sólo cuando los cóndilos están en relación céntrica sino también cuando están ligeramente anteriores a la relación céntrica; sin embargo, en el concepto de punto céntrico, las cúspides de soporte deben hacer contacto oclusal en un punto cuando los cóndilos están solamente y precisamente, en relación céntrica. A diferencia de la céntrica larga, la cual tiene alguna dimensión anterior, el punto céntrico tiene dimensión anterior cero. Si se lleva a cabo la analogía en un punto, es necesario lo siguiente para darse cuenta del concepto de "centricidad" mandibular: la máxima intercuspidadación debe ocurrir en la posición de contacto oclusal de relación céntrica; el contacto simultáneo de todos los dientes debe ocurrir en relación céntrica al cierre mandibular; y todos los movimientos de cierre y abertura mandibular deben ocurrir dentro o fuera de la posición oclusal intercuspídea con la mandíbula en la posición de relación céntrica.

Después del tiempo en que el grupo gnatólógico dejó la aplicación del concepto de oclusión balanceada al de dentición natural, hubo un énfasis sobre la "desoclusión" inmediata de todos los dientes posteriores por los caninos u oclusión protegida por los caninos, y "tripodización" cúspide a fosa. Estos agregados además complicaron la necesidad de obtener restauraciones gnatólógicas precisas por el número (187) de contactos oclusales que tenían que ocurrir simultáneamente para alcanzar la relación céntrica al momento de completar el cierre mandibular en máxima intercuspidadación.

Para los seguidores estrictos del concepto de punto céntrico, todos los criterios diagnósticos y las metas de tratamiento se construyen alrededor de la posición límite, la relación céntrica. Sin embargo, probablemente vecindad *céntrica* podría ser un mejor término. El sentido de este término se adecúa de manera exacta con la idea matemática y estadística de una dispersión de puntos alrededor del punto teórico del eje de rotación de los cóndilos en relación céntrica.

Desde el punto de vista de las interfases biofísicas, indeterminabilidad, predecibilidad y causalidad deben existir pacíficamente una con otra: una imposibilidad para cualquier sueño de una teoría unificada final de un concepto de punto céntrico.

Aseveraciones

Algunas veces se acepta incorrectamente que posiciones definidas como relación céntrica puedan ser igualadas acertadamente con una posición anatómica que se determina por una técnica o sistema particular para colocar clínicamente el complejo cóndilo-disco en la fosa mandibular; sin embargo, la aseveración nunca ha sido sostenida. Desde un punto de vista clínico, lo que realmente importa es la forma en que los pacientes (dientes, músculos y articulaciones) responden al tratamiento basado en la relación céntrica como una posición funcional más que como una posición de referencia para el diagnóstico. Hay un acuerdo de que la relación céntrica es una posición límite y una de referencia útil; con todo, no se puede suponer que una posición límite es una posición funcional.

Si se acepta que la colocación del cóndilo en relación céntrica se establece para el momento, ¿es una posición óptima para el tratamiento restaurativo completo? Supóngase que la mandíbula estuviera correctamente manipulada para alcanzar la posición anterosuperior ahora defendida, ¿cómo sabremos si la posición del cóndilo satisface la definición propuesta para relación céntrica (*Glossary*, 1994) y cumple los requisitos funcionales de las articulaciones temporomandibulares? No, las experiencias clínicas anecdóticas solas no responderán estas preguntas.

¿Dónde está la relación céntrica?

La relación céntrica algunas veces se identifica con la posición de los cóndilos en relación al eje horizontal transversal o a un trazo en el arco gótico. El empuje primario de las definiciones de relación céntrica que recientemente se ha propuesto en la quinta edición del *Glossary of Prosthetic Terms* es anatómico. La definición no puede igualarse a la posición real de dicho eje o incluso debe reflejar un punto de movimiento mandibular rotatorio "puro" (estacionario, eje de bisagra terminal, etc.). Es posible localizar una dispersión pequeña de los puntos del eje mencionado sobre la piel o un papel, pero esto no indica dónde se localiza el ensamble cóndilo-disco.

A pesar de toda la retórica acerca de "céntrica verdadera", ninguna de las definiciones sobre la relación o posición céntricas puede establecer dónde está la verdadera posición anatómica del complejo cóndilo-disco en las fosas mandibulares independientemente de cómo o qué método se usa para guiar la mandíbula a relación céntrica. Apenas necesita decirse que la concentricidad radiográfica de los cóndilos (o una carencia de ésta) en las fosas mandibulares proporciona la respuesta. El anatomista Sicher describió la posición de la mandíbula con los dientes en contacto como la *posición oclusal*. En ésta, los cóndilos estaban opuestos al declive posterior de la eminencia articular y no en la parte más profunda de la fosa. Esta definición es virtualmente la misma que se ha usado para relación céntrica, o sea, una posición anterosuperior; sin embargo, el punto importante de diferencia es que los dientes estaban cerrados en contactos oclusales, lo cual es, nueve de 10 veces, intercuspidad máxima y anterior a la relación céntrica

¿Es la relación céntrica una posición límite funcional?

La respuesta general es que las posiciones límite de las articulaciones no se consideran funcionales. Si así fuera, la relación céntrica no es un punto terminal funcional óptimo para el

cierre de la mandíbula en intercuspidación máxima; por tanto, un objetivo de coincidencia puede reflejar ideas grandemente transferidas a la dentición natural desde conceptos más tempranos de oclusión de prótesis, oclusión balanceada y "céntrica verdadera" .

La observación de Posselt de que la relación céntrica es una posición límite que a menudo no coincide con la oclusión céntrica en la oclusión normal ha tenido apoyo en otras pruebas controladas científicamente. Tanto las posiciones forzadas como las no forzadas para relación céntrica son posiciones límite; la diferencia entre las dos puede ser una fracción de 1 milímetro. Aunque los hallazgos de Posselt no apoyaron el concepto de coincidencia fisiológica de relación céntrica y máxima intercuspidación para la reconstrucción oclusal, no fue sino hasta el decenio de 1970 en que se cuestionaron seriamente las bases conceptuales para la restauración de la oclusión en relación céntrica mediante una posición límite. Se ha mostrado por bioteleetría que la relación céntrica no es una posición funcional importante para la deglución y la masticación. Según Celenza, "El concepto gnatológico de que la relación céntrica es una posición cargada y que la oclusión céntrica por lo tanto debería ocurrir no es apoyada por los hallazgos recientes."

Guía hacia relación céntrica

Aunque parece claro que en general hasta el decenio de 1980 el grupo gnatológico se adhirió al concepto de que para una restauración bucal completa óptima los cóndilos tenían que estar en una posición más posterior en las fosas mandibulares, hay sólo unos pocos informes detallados y de investigación de cómo la mandíbula se manipula en relación céntrica irrespectiva a la técnica en ejecución. Las técnicas se describen con variaciones como: 1) técnica de punto de barbilla, que usa el pulgar y un dedo sobre ésta para guiar la mandíbula hacia atrás y hacia arriba; 2) punto de barbilla en que se utiliza el pulgar para guiar la mandíbula posteriormente y los dos primeros dedos estirados, hacia arriba, y 3) la técnica bimanual cuando se utilizan cuatro dedos de cada mano para guiar la mandíbula hacia arriba y ambos pulgares sobre la barbilla para guiarla posteriormente. Se han publicado varios estudios sobre estos métodos y variaciones que señalan que la habilidad del operador es el factor más importante en colocar los cóndilos en un dominio tridimensional en las fosas mandibulares sin importar la técnica.

Posiciones forzadas y no forzadas

Con base en los datos electromiográficos (EMG), Posselt concluyó que desde un punto de vista neuromuscular la relación céntrica no es una posición neutra, y sólo se necesitó una pequeña cantidad de desplazamiento anterior para obtener actividad EMG mínima. El grado de desplazamiento fue considerablemente menor de 1 mm promedio de distancia de la posición de contacto retruida a la intercuspídea. La distancia entre una posición forzada y una no forzada de los cóndilos en relación céntrica es tan pequeña como una fracción de 1 milímetro. Posselt consideró sus hallazgos como pruebas en contra de una céntrica de tipo límite para el tratamiento restaurativo.

Proyecciones tridimensionales acerca de las posiciones de los cóndilos incluyen las consideraciones acerca de la localización precisa de aquellos que nunca se han resuelto; sin embargo, desde un punto de vista relativo parece no haber razón para sugerir que hay algunas diferencias verticales y laterales entre las posiciones no forzadas y forzadas de los cóndilos.

Algunas inquietudes clínicas

La preocupación de recaída de reconstrucciones de punto céntrico considerado por Celenza parecía estar relacionado con una posición retruida del cóndilo proscrita y forzada, una

posición forzada retruida superior o una retruida, más superior, más medial (RUM) de los cóndilos en relación céntrica. Las razones para regresar de deslizamientos céntricos fueron cuidadosamente consideradas por Celenza y se propusieron diversas explicaciones posibles para sus propios casos; sin embargo, concluyó que sus observaciones sugieren un cambio en el método de tratamiento.

Según Hobo y colaboradores, la posición RUM de los cóndilos apoyada por Stuart y Golden se ha usado por casi la mitad de un siglo como el fundamento de la gnatología. Aunque Kornfeld citado por Hobo y colaboradores como uno de los gnatólogos que aplica el concepto RUM, Kornfeld indicó en su texto (pág. 54) que aceptó con gusto el método de Dawson de determinar la relación céntrica. En el libro de Kornfeld (pág. 78), se cita una referencia a una comunicación personal de C. E. Stuart que establece, "La relación céntrica de la mandíbula es su posición de bisagra más posterior, más medial no trasladada. Es una relación forzada como todas las demás posiciones límite. Es la única relación maxilomandibular que puede ser repetida estadísticamente." Con base en esta comunicación de Stuart, es evidente que, cuando se aplica el concepto de RUM, se espera que el clínico empuje la mandíbula hacia atrás en una posición forzada. Por inferencia, se sugiere que lo que los gnatólogos tenían en mente era una posición retruida forzada para la relación céntrica, no una ubicación retruida no forzada. La posición RUM, como todas las demás definiciones acerca de la colocación de los cóndilos, es sólo una especulación acerca de un sitio anatómico específico del ensamble cóndilo-disco en relación céntrica.

Conferencia sobre el enfoque de la oclusión

Por las inquietudes acerca de los problemas clínicos vistos con reconstrucciones gnatológicas al punto céntrico de Celenza y otros, quienes pensaban que los problemas estaban relacionados con conceptos de relación céntrica, se hizo un intento para llegar a un acuerdo sobre la posición óptima de los cóndilos en relación céntrica en una conferencia en Las Vegas en 1976. El informe de la conferencia del "Enfoque de la Oclusión" incluyó un cuestionario con las respuestas a preguntas acerca de la relación céntrica hechas a los nueve ponentes de trabajos en la conferencia. Ninguno seleccionó la posición más retruida de los cóndilos para relación céntrica, y algunos de los ponentes definieron el sitio condilar como ligeramente anterior a la posición más superior. "Al votar" sobre esta pregunta, "¿Cuando la mandíbula está en relación céntrica deberían los dientes estar en máxima intercuspidad?", seis votaron que sí, y tres que no. De los nueve ponentes de trabajos, solamente uno de ellos al responder el cuestionario votó sin más especificaciones, que los cóndilos deberían estar en posición anterosuperior en relación céntrica; sin embargo, otros cuatro votaron por esta posición pero indicaron una o más especificaciones adicionales.

Se reconoció en la conferencia del "Enfoque de la Oclusión" que no había pruebas científicas para contestar definitivamente estas preguntas; un hecho reflejado en las respuestas conflictivas en y entre los que contestaron. Al mismo tiempo, los ponentes parecieron estar lejos del consenso o unanimidad para definir relación céntrica.

Fue de interés la ausencia en el informe de la conferencia del enfoque de un voto sobre cómo se establecía clínicamente la relación céntrica por los ponentes. Uno de éstos proclamó su método de obtener la relación céntrica, pero ninguno describió la técnica que había usado para guiar los cóndilos en una posición forzada, "retruida" o RUM

Oclusión en relación céntrica

Quizás Un problema difícil en los decenios de 1980 y 1990 para aquellos que habían defendido la posición más posterior fue cómo borrar los términos *retruido* y *más*

posterior de un concepto que por más de 50 años había aplicado el dogma básico de que la posición óptima de los cóndilos en las fosas mandibulares era la posición más retruida y más posterior. Una vez que se hizo evidente que esta posición condilar era incorrecta por una recaída de deslizamientos céntricos, términos como *retruido*, *más posterior-retruido* y *posición de contacto retruido* u oclusión en relación céntrica se convirtieron en un anatema, y podrían necesitarse otros para reemplazar aquéllos, así como relación céntrica si es posible. Bajo el roce de una transición a obsolescencia, "oclusión céntrica" fue redefinida en el *Glossary of Prosthetic Terms* (1987) aparentemente para satisfacer la necesidad de un punto de oclusión céntrica. Sin embargo, no se hicieron movimientos laterales para la relación céntrica aunque también había sido cubierto por la obsolescencia. Quizá por definiciones, el foco debería estar en la dentición natural no reconstruida más que en las prótesis y reconstrucción bucal completa.

¿Qué causa la recaída del punto céntrico?

Con base en estudios en animales y seres humanos, podría parecer que los dientes son las estructuras que cambian en la recaída de reconstrucciones del punto céntrico. Podría ser que la coincidencia de la relación céntrica y la intercuspidad máxima sea por alguna razón incorrecta biológicamente de modo inherente. No debe concluirse que una diferencia entre la posición de la mandíbula en relación y oclusión céntricas es un precursor de disfunción oclusal y necesita eliminarse de manera profiláctica. La magnitud de la diferencia puede ser intrínseca para el individuo, por ejemplo, un subproducto de la función mandibular y de la fijación de los dientes. En la mayoría de las instancias de la odontología reconstructiva completa o de la ortodoncia, donde ha existido una moderada diferencia entre intercuspidad máxima y relación céntrica, puede esperarse que ocurrirá una regresión después del tratamiento a un punto donde exista alguna discrepancia otra vez.

Quizás es el momento de considerar que una diferencia entre una posición límite de las articulaciones (relación céntrica) y los dientes (oclusión céntrica, posición intercuspídea) refleja una necesidad mínima inherente para la adaptación e inicio para investigar la dificultad, no obstante interesante problema biológico de adaptación como lo hizo Harvold.

Relación céntrica: ¿destinado a la obsolescencia?

Ha habido algunos cambios sobre la marcha en la definición de relación céntrica y cómo se obtiene desde que se reconoció que tenía un valor de referencia para las relaciones maxilomandibulares en los edéntulos. El impacto que dichos cambios han tenido sobre la práctica de la odontología restaurativa no se ha valorado; sin embargo, comparado con la extensa literatura de los conceptos de relación céntrica, hay muchas menos descripciones detalladas de la ciencia y teorías relacionadas con los métodos para obtenerla y registrarla. Hay una consideración incorrecta de que la duplicación de un registro (es decir, interoclusal, punto de aguja, electrónico) de la relación céntrica es más que dos puntos de una dispersión estadística.

Tal vez como se sugiere en la quinta edición del *Glossary of Prosthetic Terms* (1987), el "término [relación céntrica] está en transición al desuso". Una consideración probablemente reflejada en la sugerencia de Moss, "a pesar de su utilidad clínica teórica, la búsqueda de una posición condilar inmutable, definida como relación céntrica, dentro de la articulación temporomandibular desafortunadamente es una empresa efímera".

No debe concluirse que las definiciones de relación céntrica empezaron con la primera edición del *Glossary Prosthetic* (1956); las discusiones acerca de la relación céntrica intermaxilar empezaron mucho antes y a menudo estuvieron relacionadas con el trazado de punta de flecha. Posselt resumió opiniones sobre dicho trazado. El grupo gnatológico creyó que la posición de contacto de punta de flecha debía coincidir con la intercuspídea para ser fisiológica, en tanto que una falta de coincidencia no debería serlo. Otro grupo encabezado por Gysi creyó que la mandíbula podría ser movida activa o pasivamente posterior a la punta de flecha, en una relación tensionada o forzada. El grupo de Hall pensó que la punta de flecha era una relación intermaxilar retruida o forzada y prefería que la mandíbula estuviera cerca de 1 mm por delante a la punta. La interpretación de un trazado también incluyó una variedad de términos, entre ellos la posición céntrica, posterioridad mandibular y relación céntrica. De tiempo en tiempo, las posiciones de la mandíbula correspondientes a la punta de flecha, o a la anterior a ésta e incluso la posición de descanso se han llamado relación céntrica. Sin embargo, la identidad de la localización de relación céntrica no ha estado en cuestión seria por más de 50 años; sólo el nombre, relación céntrica, parece causar algún conflicto ideológico.

Obviamente, la posibilidad de que una relación tensada o forzada pudiera estar incluida en la valoración de la relación céntrica fue una preocupación en el periodo de los decenios de 1920 a 1950 como lo fue para el lapso cuando se prepararon la primera a cuarta ediciones del *Glossary of Prosthetic Terms*.

Desde la primera edición (1956) a la quinta (1987) del *Glossary* todas las definiciones de relación céntrica han incluido los términos posición *más retruida*, *movimientos laterales* y *más posterior no forzada* de los cóndilos en las fosas glenoideas. Como se ve por estos términos, había preocupación acerca de una relación forzada que pudiera ocurrir al guiar la mandíbula hacia relación céntrica, que incluye una preocupación en contra de una relación forzada suficiente para causar molestia en los movimientos laterales. La inclusión de la frase "desde la cual los movimientos laterales se pueden realizar" no indica para el autor que hay posiciones posteriores donde no puedan realizarse movimientos laterales como lo sugiere Celenza; esto dice que es posible forzar la mandíbula tan distalmente como para hacer los movimientos laterales incómodos, forzados y no fisiológicos. Por las descripciones detalladas acerca de la obtención y registro de la relación céntrica por Ramfjord y Ash, Dawson y otros, no parece probable que los odontólogos en general hayan forzado la mandíbula (sobrerretruido) en una posición forzada por la terminología usada en *Glossary of Prosthetic Terms* (primera a cuarta ediciones). Quizá la definición de relación céntrica en estas ediciones fueron reflexiones de los conceptos gnatológicos de ella.

La quinta edición del *Glossary of Prosthetic Terms* (1987) define la relación céntrica como "Una relación maxilomandibular en la cual los cóndilos articulan con la porción más delgada avascular de sus respectivos discos con el complejo en la posición anterosuperior en contra de las escotaduras de la eminencia articular... Esto es clínicamente perceptible cuando la mandíbula está dirigida superior y anteriormente y restringida a un movimiento rotatorio puro cerca de un eje horizontal transversal". Esta definición de relación céntrica es muy cercana a lo que describió Sicher para una *posición odusal* y por Dawson para relación céntrica y su método de obtener ésta. Sin embargo, el suponer que la posición exacta del ensamble cóndilo-disco es clínicamente perceptible no parece ser defendible. El tema de que si la relación céntrica es una posición funcional no se ha establecido. Si el término *relación céntrica* está por volverse obsoleto como se sugiere en la definición, ¿qué lo reemplazará? Esperemos no un término ideológico, sazonado en semántica y derivado de una de las partes.

Parece que hay más que suficientes definiciones en la sexta edición (1994), pero no hay pruebas de que el término todavía sea obsoleto.

Importancia de los cambios conceptuales

Aunque en la definición de relación céntrica ha cambiado la posición de los cóndilos (complejo cóndilo-disco) en las fosas mandibulares, hay que esclarecer la importancia práctica de esas modificaciones. Ya que la posición de los tejidos duros y blandos que constituyen el cóndilo-disco no se puede identificar de manera exacta cuando la mandíbula es guiada clínicamente en relación céntrica sin considerar la definición de ésta, las discusiones en cuanto dónde se localiza realmente el complejo relativo a una reconstrucción puede ser sólo especulativo.

La reconstrucción a punto céntrico ahora incluye un cambio desde una posición forzada, sobrerretruida de los cóndilos a una posición anterosuperior, la cual ha sido definida por la manipulación mandibular apropiada por decenios como relación céntrica y como una posición límite de referencia independientemente de la forma en que la posición ha sido definida por el *Glossary of Prosthetic Terms* a través de los años hasta últimas fechas (1987). El enunciado de Celenza, **"la relación céntrica debe ser considerada como un medio para un fin más que una posición con capacidad terapéutica"**, significa que no se recomienda la reconstrucción a una posición límite (relación céntrica, definida de cualquier manera)

REFERENCIAS: Clínicas odontológicas de Norteamérica Volumen 2 / 1995 pag. 215-225