

Desmistificando a Relação Cêntrica (RC)



Weber A. Ricci



Henrique J. Piccin



Pedro P. Feltrin

Equipe Lógica

A RC é um dos conceitos mais dogmáticos e beligerantes em Reabilitação Oral. Ao longo de décadas diversas análises e até mesmo possibilidades de posicionamento do côndilo na fossa glenoide foram advogados. Contudo, ela ainda permanece um tema de alta controvérsia, especialmente na sua obrigatoriedade de posicionamento a qualquer custo. Primeiramente, nos parece necessário definir a melhor relação geográfica do côndilo na fossa. Recorrendo à análise Bioinspirada e analisando o design inteligente presente na topografia desta região craniana, fica perceptível que a área central da fossa é delgada e não preparada para assentamento dos côndilos e dissipação de cargas. A zona mais anterior e a posterior apresentam maior espessura. Em uma análise Bioinspirada da topografia craniana da fossa articular é possível verificar por transiluminação que a zona central é extremamente delgada, não sendo favorável à dissipação de carga. (Figuras A e B).

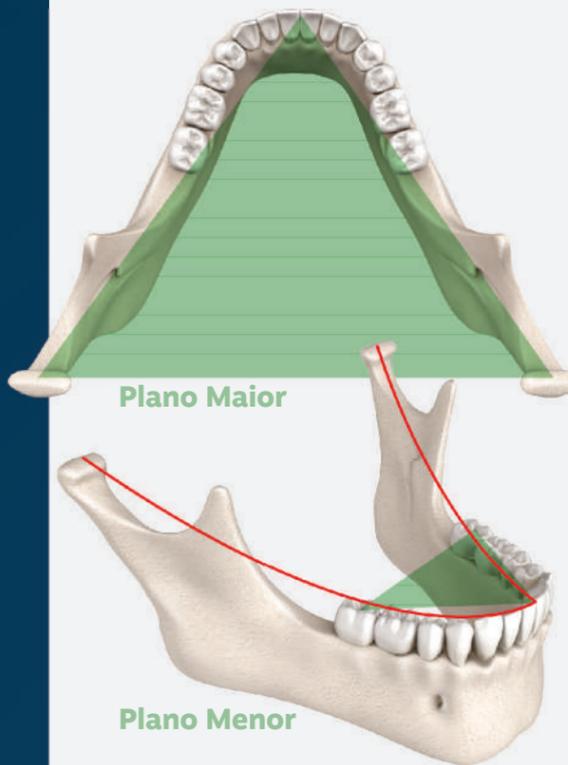


Fig. A



Fig. B

No entanto, a região posterior está próxima do meato acústico e dos tecidos retro disciais, duas áreas nobres em vascularização e inervação. Parece óbvio que esta não seria a melhor área de apoio dos côndilos. Assim, topograficamente, estes devem idealmente estar na área mais anterosuperior da fossa. Um fator de suma importância nesta posição é que sua dinâmica é dependente da correta interposição dos discos articulares. Para os autores, a definição de Gilboe, em 1984, parece representar a melhor definição de RC: “É a posição mais recuada da mandíbula em relação ao maxilar, quando os côndilos estão em posição não tensionada, mais anterior-superior na fossa glenoide, estando os discos corretamente interpostos.” Na definição da Oclusão Bioinspirada, apresentada no livro Lógica vol. 2, a Relação Cêntrica é o primeiro conceito a ser definido pelo organismo no desenvolvimento das relações intermaxilares. Ela é estabelecida ainda na ausência de dentes e ratificada no contato incisivo para a formação de um plano maior que compreende este contato e as articulações temporomandibulares (ATMs). Por este motivo, ela independe de dentes posteriores.



Sua determinação deve partir do pressuposto onde a despeito do método de desprogramação escolhido o clínico deve sempre buscar um dispositivo de contato anterior com ausência de toques posteriores. Esta posição, independente de contatos dentários, não deve ser forçada e tem alta intimidade com uma homeostase dos comprimentos e equilíbrio dos músculos. No entanto, os contatos de interferência alteram a posição condilar e o funcionamento muscular. Assim, este **plano maior** (ATMs e incisivos) deve estar em harmonia com o **plano menor** (incisivos e los molares inferiores) quando devidamente reabilitado.

O esquema ao lado (Figura C) mostra que o uso de desprogramadores deve eliminar o contato dentário posterior e diminuir a pressão intracapsular, propiciando assim ausência destes mecanismos proprioceptivos de reforço do posicionamento muscular ao sistema nervoso central durante a deglutição. Com isto, o Engrama pode ser resetado, desprogramando o indivíduo.

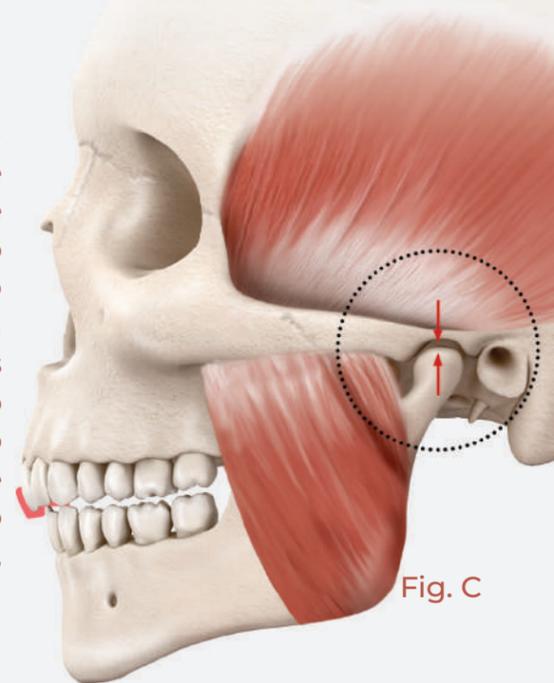


Fig. C

Deve-se notar que, ao longo da vida, desarmonias oclusivas podem afetar diretamente esta relação. Muitas vezes mudanças deletérias e sem retorno às condições adequadas de uma correta RC podem ocorrer por hábitos ou ações iatrogênicas. Especialmente em graves injúrias aos discos articulares, como rompimentos e deslocamentos sem redução dos meniscos, em uma situação mantida por longos períodos, pode inviabilizar a busca por esta relação ideal. Neste contexto, o clínico deve aceitar uma RC Adaptada ou uma RC Terapêutica. Porém, em exceção a estes casos, o correto registro desta posição pode influenciar em uma melhor estabilidade funcional das ATMs.

Extracted article from the book: Logical Vol. II Bioinspiration in Oral Rehabilitation

