

BASES PARA UNA TEORIA SOBRE TRAUMA OCLUSAL **Descanso paradencial**

Por el

Prof. Dr. Malaquías Souza

*Al doctor Miguel Sáenz de Pipaón con mi
mayor estima y respeto.*

M. SOUZA.

Ensayo teórico

El presente ensayo teórico debe ser considerado como una continuación de nuestros trabajos anteriores.

Se imponen algunas aclaraciones previas. Es un ensayo de objetivo centrado, en primer término, y, en segundo término, ha sido escrito con la finalidad de hacerlo accesible a la comprensión del estudiante, del clínico no especializado en Paradenciología y del Paradentólogo.

Estas dos circunstancias obligan a dejar de lado muchos aspectos de un alto interés teórico práctico. Y así no realizamos mayores consideraciones sobre la función paradencial y las hiperfuncionalidades; simplemente, tratamos de centrar el objetivo de nuestro ensayo sobre descanso paradencial, a pesar de que el descanso es inseparable del trabajo.

Estos aspectos serán motivos de trabajos posteriores.

* * *

El trauma oclusal es uno de los factores a los cuales se le asigna una gran importancia en la etiología de las enfermedades del paradencio.

El trauma es una forma de hiperfuncionalidad; es decir, es un conjunto de manifestaciones patológicas que tienen por causa un exceso de función. Entendiendo por exceso de función, exceso de fuerza.

La mayor parte de clínicos e investigadores, admiten, además, que el trauma es el único tipo de hiperfunción paradencial.

En forma excepcional, algún trabajador de la ciencia admite la existencia de la fatiga paradencial como fenómeno necesario y previo al trauma oclusal (ruptura, desgarramiento, aplastamiento).

A su vez, cuando tal hecho acontece, es para comparar la fatiga paradencial con la fatiga en los metales. Tal es el caso de Thielemann, quien compara la fatiga paradencial con la fatiga de los ganchos metálicos en los aparatos de prótesis (1), pág. 25.

Sáenz de Pipaón y Tejada, llevando la cuestión más lejos, sugiere que las leyes de Bowhler (de aplicación en la fatiga y ruptura de metales) pueden servir para la interpretación de la fatiga paradencial (2), página 269.

La formulación de los autores antes expresados tienen para nosotros dos aspectos: uno, altamente positivo, que consiste en la afirmación, tácita de Thielemann, y explícita, en Sáenz de Pipaón y Tejada, de que existe la fatiga paradencial como fenómeno previo e independiente del trauma.

Esta cuestión la trataremos al estudiar trabajo paradencial.

Y otro aspecto con el cual estamos en desacuerdo. Y estamos en desacuerdo por entender que es más lógico comparar la fatiga paradencial con la fatiga propia de lo vivo antes que hacerlo con lo inerte.

Es natural que estas diferencias teóricas deben de tener como consecuencia lógica diferencias en el orden experimental, en el orden preventivo y ya luego en el tratamiento de las hiperfuncionalidades.

Se comprende que, si las enfermedades por exceso de función son comparables en sus efectos, al exceso de función en los metales, el descanso no influye o no existe. Es absurdo pensar en hacer descansar un metal esperando con ello que recupere la resistencia perdida. Como sería absurdo dejar una máquina «descansando» esperando con ello que se recupere de los desgastes producidos durante la función.

Bien distintas son, por cierto, las medidas prácticas a que conducen la formulación de que los tejidos soportantes deben o pueden ser comparados bajo el punto de vista del descanso, a lo que acontece en todo ser vivo.

Es posible admitir que un tejido fatigado se recupere biológicamente por el descanso y es posible también pensar que un tejido traumatizado (ruptura, desgarramiento, aplastamiento) se recupere por medio de la cicatrización a través de una etapa de sobredescanso.

Es necesario acotar. ¿Cuál es la posición de las distintas especialidades Odontológicas ante esta cuestión del descanso o reposo paradencial?

Si analizamos la producción científica actual, ya fuere en Periodoncia, Ortodoncia u Ortopedia funcional, Prótesis, etc., y que de una u otra manera tratan la función y la hiperfunción de los «tejidos soportantes» (Paradencio), llegamos a la conclusión de que la ciencia Odontológica actual entiende que:

- a) O el descanso no existe.
- b) O el descanso no influye en la biología paradencial.
- c) O la influencia que ejerce el descanso es de tan poca importancia que no es de interés tenerlo en cuenta ni en los estudios de la fisiología del Paradencio ni en su patología.

Para la ciencia Odontológica sólo existe función y falta de función. Y disfunción. Entendiendo por tal, a variaciones de la función. En concreto, el capítulo sobre el descanso paradencial aún no ha sido escrito. Por lo menos, el autor no lo conoce.

Nuestra posición difiere totalmente de los conceptos antedichos.

Creo que el descanso existe, creo que el descanso influye y creo que el descanso influye de manera decisiva en la fisiopatología paradencial.

Pero nadie cree en algo sin tener razones más o menos valederas para ello. Entonces, ¿cuáles son las razones y los hechos que nos llevan a creer que el descanso existe e influye?

Creemos, por razones generales comunes a los seres vivos, por razones particulares propias del hombre, por razones singulares propias de sistemas. En particular, sistema muscular.

Pienso que sería una exhuberancia teórica pretender demostrar que todo ser vivo descansa, que el hombre descansa o que sus sistemas biológicos (en particular el muscular) descansan como condición necesaria para vivir sanos.

El corazón, con ser el más trabajador de los músculos, descansa en la diástole.

Centrando un poco la cuestión sobre el trabajo de los músculos masticadores, tenemos que convenir que ellos también, y necesariamente descansan. Entendiendo por descansar a lo que se entiende por ello en fisiología.

Si eso no aconteciera, se tetanizarían, lo que normalmente no sucede.

Cuando los músculos están en reposo, las arcadas dentarias están separadas. Corresponde a la dimensión vertical de reposo de los protesistas.

Se admite que el tiempo masticatorio se sitúa entre una a dos horas en un plazo de veinticuatro horas.

Gottlieb según S. Ch. Miller sostiene que, normalmente, solamente deben trabajar una hora en veinticuatro horas (3) II pág. 122.

Lo cual significa que normalmente debe existir falta de función de veintidós a veintitrés horas en un plazo fisiológico de veinticuatro horas.

K. Thielemann niega que ese lapso de tiempo se debe considerar como descanso. Para este autor los tejidos paradenciales no descansan (1), pág. 34.

Moyers, según Glickman (4), pág. 616, admite que los músculos masticadores no descansan por cuanto deben realizar fuerzas opuestas a la gravedad.

Debemos expresar que no conocemos el trabajo original de Moyers. Nos atenemos a la versión de Glickman.

Glickman, por otra parte, no se refiere en ningún momento al descanso paradencial.

Debemos confesar nuestra extrañeza frente a estas afirmaciones y nuestra absoluta discrepancia frente a ellas.

Efectos del descanso

Creemos, por lo contrario, que los efectos que determina ese tiempo de afuncionalidad (en este caso, afuncionalidad normal) deben ser considerados como efecto del descanso. ¿Por qué? Por las siguientes razones:

1.^a La movilización de un diente por medio inclusive manual durante un cierto tiempo determina aumento de la Movilidad dentaria.

2.^a El exceso de función de un órgano determina aumento de la Movilidad dentaria.

A su vez un órgano que haya pasado por aquella etapa de hiperfunción, si lo dejamos sin función la movilidad disminuye.

Todo lleva a creer que el trabajo aumenta la movilidad dentaria y el descanso la disminuye.

Por otra parte, ¿qué sucedería a los tejidos soportantes si esa etapa de afuncionalidad no determinara algún efecto? ¿Qué acontecería si esa afuncionalidad normal no tuviera el carácter de descanso?

¿Qué acontecería si ella no determinara recuperación de algún tipo?

Si eso sucediera, lo único lógico que se produciría es que los efectos de la función serían acumulativos. Es decir, que tendríamos el mis-

mo problema que se tiene en la fatiga de los metales y en el desgaste de las máquinas.

Y bien, ¿qué dice la experimentación sobre los efectos de la función (trabajo)?

Es bien elocuente el resultado de las experiencias de Eschler. Según este hombre de ciencia (10), pág. 271, una carga continua de 5 gr. (cinco gramos) actuando sobre un diente veinticuatro horas produce ya procesos de necrosis en el periodonto. Es evidente que el ser humano realiza normalmente fuerzas muy superiores a 5 gramos y, sin embargo, estas fuerzas no determinan lesiones. Por otra parte, veinticuatro horas de función, admitiendo una hora de función por día, se cumplen en veinticuatro días.

De aquí sacamos dos conclusiones:

Primero, que las lesiones observadas por Eschler no se deben ni a la fuerza, ni al tiempo, como factores independientes.

Y segundo, que los efectos de la función son acumulativos. Sin embargo, en el humano esa acumulación no se produce.

Y, así, la conclusión lógica que surge es que esa acumulación no se produce por la interposición entre uno y otro acto funcional del descanso. Es decir, que esa etapa de afuncionalidad produce efectos y ellos radican en modificaciones, acciones o fenómenos que retrotraen el órgano a la condición primera. Esa afuncionalidad tiene, pues, el carácter de descanso.

El descanso existe e influye, pensamos nosotros.

No tener en cuenta el descanso es hacer mecanismo puro, por cuanto el descanso es lo que distingue, es uno de los infinitos factores que diferencian lo vivo de lo no vivo. Mecanicismo como método, por cuanto se traspasa mecánicamente lo que pasa en una máquina al ser vivo, sin tener en cuenta lo que los diferencia. Y también maquinismo, por cuanto se considera al ser vivo como una máquina. Esto no niega, por cierto, que el ser vivo y el parandencio no ejecuten acciones mecánicas y cuya interpretación cae dentro de las leyes de la mecánica y de la física. Pero también, y además, presenta profundos aspectos diferenciales.

Y uno de los aspectos diferenciales es, precisamente, el descanso.

Para la paradenciología clásica esa etapa de afuncionalidad normal que nosotros le denominamos descanso, no existe o no influye. Para ella, al parecer, durante ese lapso de tiempo, el parandencio «yace» en el organismo; hay un vacío biológico. Al menos esa es la posición en

el plano teórico. Un ejemplo claro de esta actitud interpretativa de los hechos lo tenemos en aquellas investigaciones que buscan establecer «los efectos de la función sobre los tejidos paradenciales», se dice. Ya el simple enunciado nos expresa que no tiene en cuenta al descanso, a pesar de que el descanso existió en esas experiencias.

Así Häupl estudió los efectos de las fuerzas intermitentes. De acuerdo a esta formulación, los resultados histológicos observados se deben a las fuerzas intermitentes (5), pág. 273. Nosotros nos preguntamos: ¿Y en el tiempo que esas fuerzas no actuaron y esos dientes no estaban en función, no pasó nada? ¿Existió acaso una afuncionalidad inocua?

Para nosotros, las observaciones de Häupl ni se deben a fuerzas ni a su intermitencia, sino que se deben a un tipo de proceso-trabajo-descanso, distinto a lo normal y realizado con fines terapéuticos.

Esta actitud interpretativa no es un hecho privativo de Häupl, por cierto.

En el mismo plano teórico se sitúan las conclusiones sobre función paradencial de distintos trabajadores de la ciencia.

Tales son los casos de Schwarz en su clasificación acerca de la presión ortodóncica (6), pág. 670, u Oppenheim en sus principios (6), página 672.

Lo mismo acontece en la interpretación sobre las experiencias en Periodoncia que buscan establecer los efectos de la sobrecarga.

Proceso-trabajo-descanso

Todo lleva a creer que el trabajo aumenta la movilidad dentaria y el descanso la disminuye. Esta constatación se puede hacer clínicamente, inclusive sin periodontometría.

De acuerdo a estas formulaciones, tenemos que admitir que la función en ninguna manera es un estímulo favorable, tal como frecuentemente se sostiene diciendo: «que no hay mejor estímulo que la función».

No creo que algún Odontólogo pueda sostener que el aumento de Movilidad dentaria sea una condición favorable. De modo que hay que admitir que la función es un factor de efectos desfavorables para la vida del paradencio.

Y el descanso, ¿qué es, en esencia? ¿No es acaso una etapa de afuncionalidad? Evidentemente, sí.

Y la falta de función, también es un factor desfavorable, también determina lesiones.

De manera que se puede decir: que dos factores (función y falta de función), que aisladamente y actuando independientes, son factores que producen efectos desfavorables, cuando se sitúan en un proceso, sus efectos son favorables.

La falta de función, inclusive por el hecho de situarse en un proceso o en un tipo de proceso, cambia de designación. Se le denomina descanso. Es más, la idea de descanso lleva implícita la idea de proceso. Nada ni nadie descansa sin trabajo previo. Es decir, que lo que decide el efecto de la función y el descanso es el proceso, el tipo de proceso, para ser más concreto.

De aquí no se deduce que cualquier proceso (trabajo-descanso) sea favorable. Solamente afirma la idea que lo que interesa conocer es cuáles son las características del proceso trabajo-descanso más favorable para la vida paradencial, cuál es el tipo de proceso que conduce a la fatiga y ya luego al trauma y cuál es el tipo de proceso trabajo-descanso que conduce a reacciones excesivas (hipercementosis), etc.

Pienso en la resistencia intelectual que deben ofrecer a este planteamiento las mentes adecuadas al mecanicismo de suma de factores o suma de efectos, tal como sucede en el clásico concepto de Weski, expresada en su conocida ecuación. Sin embargo, tenemos que convenir que el concepto de interrelación de factores interpreta con más justeza los fenómenos estudiados que el concepto de suma de factores. Esto no niega el lado positivo del concepto de unidad biológica paradencial de Weski.

Si bien las comparaciones son peligrosas y pueden dar lugar a errores de interpretación, muchas veces es necesario recurrir a ellas para aclarar el pensamiento. Debemos recurrir a una comparación que agradece no se le interprete mecánicamente.

El agua está formada de hidrógeno y oxígeno. Sin embargo, el agua no tiene las propiedades del hidrógeno más las propiedades del oxígeno, sino que tiene otras distintas.

Un pez colocado en una atmósfera de hidrógeno se muere, y en una atmósfera de oxígeno, también. Pero colocado en el agua, bueno..., se siente como pez en el agua.

Os pido disculpas, estimado lector, por la rudeza de la comparación.

Y, así, a nuestro modo de ver, el proceso función-falta de función produce efectos distintos a los que produce la función, «más» lo que produce la falta de función.

¿Cuáles son las resultancias de este entoque?

En primer lugar, que aquella clásica formulación de que «no hay mejor estímulo que la función», es errónea, y debe ser sustituida por otra que exprese: «No hay mejor estímulo que una adecuada relación procesual trabajo-descanso.»

Puédese también expresar: «No hay mejor estímulo que un proceso en el cual los efectos de la función son compensados por los efectos del descanso.»

Lo que nos interesa afirmar es que no se puede separar los efectos de la función de los efectos del descanso.

Y no se puede, ni se debe, al menos en una posición clínica, por la razón de que ambos existen y actúan.

Razonar y actuar, admitiendo solamente la existencia de uno de ellos (la función) tal como se hace, es crear una base irreal y desligada de la verdad objetiva.

Es natural y lógico que, desde el punto de vista de la experimentación y de la fisiología, es de un alto interés conocer concretamente cuáles son las modificaciones (físicas-químicas, etc.) que determinan la función y cuáles el descanso. Se impone el análisis para conocer. Pero sería erróneo confundir luego síntesis con suma, cuando se actúa clínicamente o cuándo se realizan experiencias de objetivos clínicos o cuándo se pretende interpretar biológicamente un fenómeno.

Conclusiones experimentales

Ya de lo anteriormente expuesto se saca fácilmente la conclusión de que la experimentación y la orientación de los trabajos de investigación sobre trauma oclusal deben orientarse por nuevos caminos.

Hasta ahora se orientan en establecer si el exceso de fuerza determina lesión y ya luego cuál es la fuerza traumatógena. Es natural que para conocer cuál es el valor absoluto de la fuerza traumatógena, primero es necesario conocer cuál es el valor normal o los valores normales de fuerza estímulo.

Y no se ha llegado a ninguna conclusión concreta. Lo cual es lógico para nosotros. Y es lógico porque la función, para nosotros, no consiste en oponer fuerzas, sino en realizar un trabajo pasivo y, en segundo lugar, porque esas experiencias no han tenido en cuenta el descanso, al sacar las conclusiones teóricas, a pesar de que el descanso existió. Y así, gramos de fuerza han sido capaces de determinar lesiones, y otras veces, valores mucho más altos no lo determinan.

Las experiencias deben orientarse, a nuestro modo de ver, en esta-

blecer cuál es el proceso trabajo-descanso que determina fatiga, y ya luego, trauma. La fuerza es un elemento del trabajo y nada más. Lo que caracteriza el proceso que lleva al trauma es la dominancia de los efectos del trabajo sobre los efectos del descanso.

En el orden de la bioquímica, a su vez, es necesario enfocar y estudiar si en el paradencio también se cumple la ley general de que no hay trabajo sin transformación energética.

Cuando nos referimos a trabajo, nos referimos a lo que se entiende por tal en fisiología, concepto éste que no siempre coincide con el concepto de lo que se entiende por trabajo en mecánica (7).

Cuando un paradencio funciona están los dos elementos del trabajo (Movilidad y fuerza). Sería un hecho paradójal que esa resistencia que ofrecen los tejidos soportantes cuando se aplica una fuerza a la corona dentaria no determina un gasto energético.

En nuesetro caso, y como primer peldaño en la investigación, sería de gran interés conocer qué transformaciones químicas (energía química) se producen en relación al trabajo paradencial, y ya luego cuáles son las que se producen durante el descanso.

Conclusiones desde el punto de vista de la prevención del trauma oclusal

Aunque pueda parecer una perogrullada el primer consejo que debemos de dar radica en insistir que los dientes solamente deben usarse para masticar. E insistir que el contacto de diente con diente (trabajo parodontal al vacío de Held) fuera del acto masticatorio y sin interposición alimenticia es desfavorable para la salud paradencial.

El trabajo al vacío (Bruxismo, Efecto Karolyi) tiene un doble efecto pernicioso. Aumenta el trabajo innecesariamente e impide los efectos recuperadores del descanso.

Es necesario la formación de hábitos de origen educativo en el niño, que respeten esas condiciones. Creemos que una intensa función paradencial y solamente en el acto masticatorio, seguido de un gran descanso, es lo ideal.

La función paradencial sin función masticatoria es anormal, o al menos la consideramos como tal. Escapan a este concepto las funciones secundarias de fonación y deglución.

La paradenciología clásica, que no tiene en cuenta al descanso, solamente aconseja intensa función; en este aspecto, es consecuentemente lógica.

Y otras veces, como en el caso citado de Gottlieb, aconseja gran descanso, pero no da las razones teóricas.

Estas medidas preventivas no niegan, por cierto, todo lo conocido sobre la cuestión prevención.

Conclusiones desde el punto de vista del tratamiento.

El descanso como medio terapéutico

Desde el punto de vista de la función, el paradencio, enfermo y en función se caracteriza por el hecho que el recorrido que realiza la raíz en su alvéolo es mayor a lo normal. (Aumento de movilidad.) Por lo menos en un alto porcentaje de casos.

El diente se mueve más y, además, hace un recorrido distinto a lo propio de un órgano sano. Concretamente, trabaja más y trabaja mal.

Se puede argumentar que existen los mecanismos de neuroregulación de fuerzas. La fuerza está limitada por la calidad del paradencio. Los sujetos con paradencios enfermos ejecutan menos fuerza.

Esto ha sido demostrado reiteradas veces.

Podría pensarse que la disminución de fuerza activa compensa la disminución de resistencia, compensa la disminución de fuerzas pasivas.

Creemos que, si bien esos mecanismos neuromusculares existen y actúan, sus efectos (disminución de fuerzas activas) no alcanzan a compensar la disminución de fuerzas pasivas. Esto, en primer lugar, y por la siguiente razón: Los órganos enfermos, cuando el sujeto ocluye, se mueven más, mucho más de lo normal. Esto es constatable clínicamente. Esto quiere significar que las fuerzas activas no han disminuido en grado necesario para la total adaptación a la disminución de resistencia. Si así fuera, el sujeto realizaría una fuerza hasta que el diente se desplazara un valor igual a lo normal, pero no más allá de ella.

En segundo lugar, esos mecanismos son capaces de fallar y fallan. El ejemplo lo tenemos en aquellos sujetos con una afección paradencial que un buen día nos consultan diciéndonos que «dio un mordisco excesivamente fuerte y se le movió un diente». En realidad, por lo general, se trataba de un paradencio ya enfermo de un sujeto al cual fallaron los mecanismos de neuroregulación de fuerza y sobreagregaron al trauma crónico un trauma agudo.

En tercer lugar, los mecanismos de regulación no regulan el ritmo ni el tiempo de función, y si existe esa regulación es capaz de fallar. Si así no fuera, no existiría ni el Bruxismo ni el efecto Karolyi.

Es decir, que se puede admitir que el paradencio enfermo y en

función realiza un exceso de función (de trabajo) aún existiendo disminución de las fuerzas activas.

Las causas de ese sobretrabajo, en un momento dado del proceso, radican en las características cualitativas o cuantitativas del paradencio. Es decir, que, aún cuando ese sujeto ejecutara fuerzas de intensidad normal, ritmo normal, tiempo normal o propio de sujeto sano, ese paradencio ejecuta un exceso de trabajo.

Es natural que si el exceso de trabajo tiene por causa las condiciones del paradencio, es sobre esas condiciones del paradencio sobre las cuales debemos actuar, prácticamente, si pretendemos llevarlo a condiciones de función normal.

¿Cómo resuelve la paradenciología actual este problema?

En sus líneas generales, de las maneras siguientes:

1.º Por regularización oclusal (Rehabilitación ocluso-articular de Held).

Este medio actúa por dos vías:

a) Redistribuye la fuerza activa en un mayor número de piezas dentarias. Esta redistribución de fuerza solamente existe en el trabajo al vacío, pero no cuando el sujeto mastica.

b) Cambia la dirección de las fuerzas.

2.º Por medio de la fijación protésica. Transforma un sistema de menos fuerzas pasiva en otro sistema de más fuerza.

3.º Por medio de la ortodoncia. También de finalidad ocluso-articular. (Desde el punto de vista de la paradenciología.)

Los métodos para alcanzar estos objetivos pueden ser leídos en todo tratado de Paradenciología.

En realidad todas las técnicas y métodos aconsejados para el tratamiento de las paradenciopatías se consideran correctos cuando dan por resultado una disminución de la Movilidad dentaria.

A nuestro modo de ver, son correctos porque aumentan la resistencia (fuerza pasiva) y disminuyen en su consecuencia el trabajo paradencial.

Pero ¿qué es lo que no aconseja la paradenciología? La desoclusión total de un diente enfermo y en función.

Al parecer, la posición que adopta frente a esta cuestión tiene su origen en el concepto general de que la falta de función es desfavorable y ya luego no hace distinción entre falta de función y descanso.

Y se comprende que si el descanso funcional no existe, menos se le puede tener en cuenta en la terapéutica.

Nosotros creemos y actuamos exactamente de manera contraria en esta cuestión, a lo que sostiene la Paradenciología clásica.

Debemos hacer una excepción con Samuel Ch. Miller, quien aconsejaba la desoclusión total (anoclusión, la denominaba) como medida terapéutica (3) T. I, pág. 415.

Sin embargo, Miller no nos daba ni las razones teóricas para realizarla ni para explicar los resultados. Por lo contrario, sus formulaciones teóricas relativas a Trauma oclusal no tienen en cuenta al descanso, a pesar de que prácticamente usaba el sobredescanso como medio terapéutico.

Esta ruptura entre lo teórico y lo práctico no es, en ninguna manera, un hecho particular y propio solamente de Miller, sino que ello es frecuente en Paradenciología.

A su vez, estas formulaciones contradictorias, que revisten distintas formas y que serán oportunamente analizadas, crean situaciones de difícil interpretación, tanto para el clínico como para el investigador. Son reales obstáculos que frenan el proceso cognocitivo en nuestra ciencia.

A Miller le correspondió al menos el mérito de romper prácticamente con la ortodoxia dominante en el momento en que este hombre de ciencia la formuló.

Concretando: Creemos que todo órgano enfermo y en función con movilidad aumentada, exista o no en ese momento el hábito de Brusomanía y ejecute o no el espasmo muscular propio del efecto Karolyi, tal órgano ejecuta un exceso de función (trabajo) no compensado por el descanso, el cual es responsable, en gran medida, de las lesiones paradentales en desarrollo. Son órganos en los cuales hay dominancia de los efectos del trabajo sobre los efectos del descanso, teniendo como causa las condiciones propias del paradencio. Pero no sólo esa dominancia puede responder a tal condición causal. Se comprende que ella puede deberse a factores extraparadenciales. Los cuales pueden haber actuado sin estar presentes en este momento o coexistir para el mismo momento.

Por otra parte, y en función de lo anteriormente expresado, esa dominancia no sólo puede deberse a una relación inadecuada en los valores absolutos del trabajo y del descanso.

Así, es aceptable y admisible que tenga como causa una insuficiencia energética general, o al insuficiente aporte energético local (trastornos vasculares periféricos), etc., etc.

A la disminución del rendimiento paradencial.

A la disminución en la velocidad de recuperación de la fatiga normal, etc., etc.

Esta cuestión la trataremos al estudiar trabajo paradencial.

Así planteada la cuestión, y en función de nuestra hipótesis, ¿cuál es el camino terapéutico funcional a seguir con aquel órgano?

En primer lugar, permitir o crear las condiciones para la recuperación de la fatiga patológica y de la cicatrización de las heridas traumáticas existentes. ¿Cómo conseguirlo? Teóricamente, por medio de una etapa de sobredescanso, y nuestra experiencia práctica nos dice, a su vez, que el sobredescanso es favorable.

Pero primero tratemos de aclarar qué entendemos por sobredescanso.

El sobredescanso es la falta de función de una duración mayor al descanso normal. Si lo normal debe situarse entre veintidós a veintres horas en un plazo fisiológico de veinticuatro horas, el sobredescanso debe tener una duración mayor a 23-24 horas. El otro elemento que califica y distingue al sobredescanso de la afuncionalidad es la condición de sano o enfermo del órgano.

Es decir, que los dos vectores condicionantes esenciales para la calificación de sobredescanso y afuncionalidad son: 1.º, un valor absoluto (tiempo); 2.º, el valor relativo (las condiciones concretas de salud o enfermedad). Aclaro: Si a un órgano enfermo lo dejamos sin función durante cuarenta y cinco días, durante ese tiempo ese órgano pasa por una etapa de sobredescanso. Un órgano sano dejado sin función durante cuarenta y cinco días pasa por una etapa de afuncionalidad o falta de función.

Un mismo factor tiene un carácter y produce efectos distintos, según sean las condiciones concretas dentro de las cuales ese factor actúa. En un caso, mejora; en otro caso, enferma.

En el primer caso, le denominamos sobredescanso; en el segundo, afuncionalidad.

Objeciones al sobredescanso

El sobredescanso funcional lo conseguimos por la desoclusión total. La paradenciología actual aconseja no desocluir en céntrica, por entender que ella va seguida de erupción activa. Es exacto. Pero en ninguna manera ella es desfavorable por las siguientes razones:

a) Luego de la desoclusión total, el diente se desplaza buscando la oclusión (erupción activa), pero en tanto eso acontece, pasa un cierto

tiempo que permite la recuperación en cierto grado de la Movilidad dentaria. Este fenómeno, este cambio cualitativo para nosotros, se debe a la recuperación de la fatiga patológica y a la cicatrización de las heridas traumáticas.

b) Permite la recuperación del equilibrio tensional de Maronneaud P. L. (8), pág. 69.

La tesis de Maronneaud, la cual creemos que es una interpretación correcta y objetiva de hechos clínicos, consiste en lo siguiente: los tejidos paradenciales desarrollan fuerzas (tensionales) que mantienen al diente en la posición normal en su relación morfológica con los otros elementos Odontales. Si no interpretamos mal el concepto de Maronneaud, este equilibrio tensional es dinámico. Es decir, que produce variaciones que determinan la erupción activa, la cual es discontinua.

En el caso del órgano enfermo ese equilibrio está roto o es distinto y tiende a desplazar al diente de su alvéolo en una dirección distinta a la normal (sentido oclusal). La ruptura del equilibrio tensional, para nosotros, puede deberse a los efectos dominantes del trabajo sobre el descanso. Como también a los efectos dominantes del descanso sobre el trabajo.

Este segundo aspecto lo encararemos al estudiar la ley en diagonal de Thielemann.

En el caso concreto de un órgano enfermo en función, y con Movilidad dentaria aumentada, ese desplazamiento el diente no puede realizarlo por estar trabado por la oclusión.

El concepto de Maronneaud está estrechamente vinculado en el plano teórico con la oclusión traumatógena de Box.

¿Qué se observa al desocluir aquel órgano?

Un desplazamiento rápido del diente hacia oclusal y, además, también hacia vestibular o lingual, más raro a mesial o distal (cuando las condiciones lo permiten). No existe solamente una aceleración de la erupción activa, sino que, además, es distinta por su dirección.

Ahora bien, no hay movimiento sin fuerza y sin diferencia de fuerzas, de modo que es lícito pensar que las fuerzas propias del equilibrio tensional (ahora roto o distinto a lo normal) tienden a desplazar el diente hasta que se restablezca en un nuevo equilibrio.

Puede decirse que el diente «busca» una posición que restablezca el equilibrio tensional. Lo cual clínicamente se constata por el hecho de que una vez que el diente realizó ese rápido desplazamiento, luego que alcanzó esa nueva posición, se mantiene, se «deja estar». Pierde

esa capacidad en la velocidad del desplazamiento. Se ha restablecido el equilibrio tensional de Maronneaud, pensamos nosotros.

c) Un tercer hecho, que no puede ser subestimado con relación a la erupción activa, es que ella es condición necesaria para la formación de nuevo cemento. La erupción activa favorece la formación de cemento.

Held es bien concreto sobre esta cuestión (9).

Y es natural que la formación de nuevo cemento en un órgano enfermo es siempre favorable.

Hay un hecho de fácil observación clínica que afirma esta idea y que consiste en que la hipercementosis se presenta con mucha más frecuencia en dientes sin función y que han hecho erupción activa acelerada que en órganos en función.

d) Otro aspecto importante y estrechamente vinculado a esta cuestión es el hecho que un diente desocluido, al no recibir los impactos masticatorios, no se desplaza o se desplaza menos en su alvéolo que si estuviera en función. O, por lo menos, menor número de veces.

Se comprende así que la desoclusión facilita la readherencia o reinsertión epitelial.

Es más fácil que los bordes de una herida cicatricen estando en reposo que si se movilizan, separándose durante la etapa regenerativa.

Observaciones clínicas sobre el efecto del sobredescanso

Nuestras observaciones clínicas han cubierto una serie de etapas. Unas veces el criterio clínico ha sido confrontado con la medición periodontométrica, otras veces ellas son exclusivamente clínicas.

Veamos algunas de ellas.

a) La observación más pura puede realizarse cuando efectuamos extracciones en un enfermo paradentósico. Muchas veces, por esta razón algún o algunos órganos enfermos quedan sin función durante un cierto tiempo. Decimos observación más pura por cuanto la disminución de movilidad dentaria que se constata no puede ser atribuida a la interferencia de otro factor, en tanto que no fue sometido a ninguna otra medida que no sea el sobredescanso.

b) Otra observación de la disminución de la Movilidad dentaria por el efecto del sobredescanso lo tenemos cuando realizamos plastia dentaria, a fin de ejecutar prótesis de fijación en enfermos paradentósicos. Entre el momento en que se realiza la plastia y el instante en

que se inserta la prótesis, pasa un cierto tiempo. Durante ese lapso de tiempo tales órganos quedan exonerados de función en forma total. En este caso se observa también disminución de la Movilidad dentaria.

c) En enfermos paradentósicos, que tienen órganos sin función y órganos en función, se observa en un gran número de casos que la Movilidad dentaria es menos en los que están sin función. La clínica induce a pensar que tales órganos fueron dejados sin función cuando ya estaban enfermos.

d) En los órganos en los cuales ejecutamos nuestra técnica de la «estabilización intraósea» y cuya finalidad consiste en disminuir el trabajo paradencial y redistribuirlo, la disminución de la Movilidad dentaria es más rápida, si tal órgano es dejado sin función un cierto tiempo que si no se le desocluye.

e) Finalmente, y un poco como acotación al margen, no es despreciable tener en cuenta los efectos del sobredescanso (reposo funcional) en los reimplantes. En este caso, el operador realiza la extracción del diente.

Hay un evidente trauma, con ruptura y desorganización biológica de los elementos periodontales (desmodonto). Sin embargo, y a pesar de ello, los dientes reimplantados son tolerados durante muchos años por el organismo. Muchas veces, más que un puente.

Decimos tolerancia, al menos relativa y parcial, por cuanto se acepta que unas veces es posible alcanzar la regeneración de los elementos periodontales, otras veces la reabsorción progresiva de la raíz y otras la anquilosis.

Y uno de los factores más importantes para conseguir esa tolerancia radica precisamente en dejar el órgano reimplantado fuera de función total. Nuestra experiencia práctica en ese sentido es bien terminante.

Los resultados que se alcanzan con dejar un diente reimplantado sin función son en mucho más favorables que fijarlos; pero en condición de ejecutar función. Contactar en alguna posición con el antagonista es una condición de fracaso. Es frecuente la afirmación de que la fijación debe ser considerada como un medio para obtener reposo o descanso. Esta afirmación es errónea.

La fijación disminuye el trabajo, pero en ninguna forma aumenta el descanso. Ni lleva implícitamente la idea del descanso.

Práctica del sobredescanso

Escapa a la finalidad del presente comunicado tratar el o los medios técnicos para alcanzar el sobredescanso. Simplemente hacemos algunas consideraciones muy generales sobre la cuestión.

El tratamiento de las hiperfuncionalidades puede ser enfocado por distintos ángulos. El sobredescanso es uno de ellos. Es decir, que el sobredescanso debe ser situado en el proceso terapéutico.

No es cualquier momento ni bajo cualquier condición que se le debe usar.

Como formulación general, puede decirse que el tratamiento de las hiperfuncionalidades presenta los siguientes objetivos:

a) Permitir una etapa de recuperación cualitativa caracterizada por la recuperación de la fatiga y la cicatrización de las heridas traumáticas (sobredescanso).

b) Disminuir el trabajo paradencial actuando sobre las condiciones concretas del paradencio que determinan pérdida de potencia pasiva.

c) Aumentar el descanso.

d) Actuar sobre las condiciones generales que influyen en el trabajo paradencial y cuyo objetivo es mayor aporte energético—aumento en la velocidad de recuperación de la fatiga (Vitamina E, por ejemplo), extracto placentario, etc., aumento del rendimiento paradencial.

Este capítulo del trabajo paradencial es bien amplio.

e) Acción sobre los factores musculares que determinan sobretrabajo (Brusimo, Efecto Karolyi).

De modo que para situar el sobredescanso entre las medidas terapéuticas, es necesario previamente considerar la función paradencial.

El estudio del trabajo paradencial (función paradencial) será tratado posteriormente. En esta cuestión también discrepamos con la paradenciología clásica, la cual entiende que la función del paradencio consiste en oponer fuerzas, desarrollar fuerzas y, para nosotros, la función del paradencio consiste en un trabajo pasivo. Y no es lo mismo fuerza que trabajo, ni para la mecánica ni para la fisiología, a pesar de que es muy frecuente usar estas expresiones como sinónimos, cuando no lo son ni existen razones valederas para ello.

AUTORES CITADOS

1. THIELEMANN, K.: «Biomecanique de la paradontose». Traduction par Jacques Antissier. Edit. Julien Prélat, 1957.
2. SÁENZ DE PIPAON, M.: «Periodontometría», «Odontoiatría». Madrid, vol. XVI, núm. 185, pág. 265, año 1959.
3. MILLER, S. C.: «Tratado de periodoncia». Traduct. R. Yusen de Carvel. Edit. Labor, S. A., Argentina, 1954.
4. GLICKMANN, J.: «Periodontología clínica». Trad. F. Carranza (h.), 1961. Edit. Mundi.
5. HAUPL, K.; GROSSMAN, W. J., y CLARKSON, P.: «Ortopedia funcional de los maxilares». Trad. T. Vidal. Edit. Mundi, Bs. As. 1955.
6. SALZMANN, J. A.: «Principios de Ortodoncia». Trad. V. Torrens. Edit. Salvat, 1947.
7. HERLITZKA, A.: «Fisiología del trabajo humano». Trad. D. A. de Santillán. Edit. Americale, Bs. As., 1945.
8. MARONNEAUD, P. L.: «Les responsabilités de l'orthopedie dentomaxillaire devant la poly-arthrose dentaire». «Les paradontopathies». Arpa 1958, pág. 69.
9. HELD, A. J.; CHAPUT, A.: «Les parodontolyses». Edit. J. Prelat. París, 1959.
10. HAUPL, K.: «Tratado de Odontoestomatología». T. V. Edit. Alhambra, 1958.

 LOS QUE FUMAN Y LOS QUE NO FUMAN

El profesor H. J. Eysenck, de la Universidad de Londres, afirma que los fumadores beben, se casan, se divorcian, juegan y desisten de muchos actos de su vida con más facilidad que los no fumadores.

Según el concepto del citado profesor, los fumadores tienden a ser más emotivos, más neuróticos y más proclives a las ansiedades y angustias.

Por otro lado, ya los fumadores, dentro de la estructura de la sociedad, son considerados como extrovertidos.

Los extrovertidos son más sociales, gustan de las reuniones y de las fiestas, dan valor a la buena comida, a los buenos vinos y, en una forma general, a las cosas bellas de la vida.

Son más conquistadores y no piensan mucho antes de tomar una determinación. Fumar, para el profesor Eysenck, puede ser una consecuencia de una predisposición genésica de la persona, y en muchos casos, efecto, y no causa de alguna dolencia orgánica.