

CORRECCION DE LA OCLUSION TRAUMATICA EN PARADENTOSIS

por el

PROF. DR. RENÉ A. PUIG BENTZ (*)

Creemos nuestro deber traer a ustedes un tema que, día a día, va cobrando mayor importancia, puesto que la pérdida de muchas piezas dentarias, neuralgias, gingivitis y otros trastornos se deben, en un gran número de casos, a que una o más piezas dentarias tienen una oclusión traumática.

Naturalmente, no todos los casos podrán resolverse por un solo método, como es el desgastar las piezas dentales, pero sí podemos asegurar que en más del 50 por 100 de los casos este método nos dará el resultado apetecido. En el otro 50 por 100 tendremos aquellos casos en que es necesario hacer un tratamiento ortodóncico, extraer piezas dentarias o levantar la mordida.

Nuestro propósito en esta charla es recordar algo con respecto al *método de desgaste*, que es utilizado por nosotros casi diariamente. Antes de hablar sobre la corrección, es deber nuestro recordar que los dientes son sostenidos dentro del alvéolo por una serie de ligamentos que sirven de amortiguadores contra la fuerza que empuja al diente. Esta fuerza puede ser de dos tipos: vertical u horizontal, siendo esta última la más perjudicial.

Estamos tratando de decir a ustedes cómo se puede hacer la corrección por desgaste de una oclusión traumática, sin haberles dicho antes lo que es una oclusión fisiológica normal y haber definido lo que es una oclusión traumática. Para definirlas vamos a tomar las palabras del doctor Bos, quien, al referirse a la oclusión fisiológica normal, se expresa diciendo que es un estado en el cual los sistemas de fuerzas que actúan sobre el diente, durante la oclusión, están en equilibrio y no pueden alterar la relación normal existente entre el diente y sus estructuras de soporte; es decir, que la *oclusión fisiológica* existe cuando el periodonto es capaz de resistir las fuerzas de oclusión sin dar lugar a trastornos patológicos.

(*) Catedrático de la Universidad de Santo Domingo y director general de la Clínica de la U. S. A. Presidente de la S. C. O. D. y ex presidente de S. O. D.

Ahora bien, será *oclusión traumática* aquella en la cual las fuerzas están en equilibrio; quiere decir, que la resistencia de los tejidos paradenciales es vencida por las fuerzas que actúan sobre ellos.

Hemos hablado de *las fuerzas* y debemos explicarnos mejor. Tanto en los casos de oclusión fisiológica como de oclusión traumática, la fuerza se manifiesta en dos formas: 1.º *Carga vertical*, que se ejerce en la dirección del eje mayor del diente; y 2.º *Carga horizontal*, en la cual éste actúa oblicuamente al eje mayor del diente. De estas dos fuerzas, la que mayor daño hace es la horizontal; de aquí que la misma naturaleza, a medida que pasan los años, y con ellos disminuye la resistencia de los tejidos de soporte, va transformando las cargas horizontales en verticales, para lo cual la agudeza de las cúspides va desapareciendo.

La *oclusión traumática* se divide, a su vez, en tres grupos: 1.º Cuando el factor oclusal es *anormal* y los tejidos periodontales normales; quiere decir que la fuerza ejercida sobre el diente es tal que vence la resistencia de sus soportes; esto lo encontramos en casos de interferencia cuspídea, restauraciones mal hechas, caries, falta de escapes oclusales, uso de boquillas y pipas, morder hilos, etc.

Segundo grupo: Cuando el factor oclusal es anormal y el periodontal anormal, quiere decir que aunque la fuerza que actúa sobre el diente es normal, lo inadecuado del soporte periodontal produce la sobrecarga, como tenemos en los casos de atrofia simple del proceso alveolar, pericementitis, periodontitis, etc.

Tercer grupo: Combinación de los dos primeros, como ocurre en los casos de erupción excesiva, desviación lateral, extrusión axial.

Los trastornos a que puede dar lugar una oclusión traumática son numerosos, y entre ellos podríamos mencionar:

- 1.º Dolor en un diente.
- 2.º Dolor en la región condílea
- 3.º Neuralgias.
- 4.º Masticación unilateral.
- 5.º Migración de los dientes.
- 6.º Sub-luxaciones.
- 7.º Reabsorción alveolar.
- 8.º Inflamación periodontal.
- 9.º Pérdida de piezas dentarias
10. Abscesos.

Como se puede observar, son muchos los problemas que nos puede acarrear una oclusión traumática, de aquí que haya sido este el motivo por el cual escogimos este tema para traerlo a ustedes.

Sabiendo todos los trastornos que nos trae, debemos buscar los síntomas primarios que nos lleven a su corrección, si ello es posible, y así tendremos:

- 1.º Congestión gingival.
- 2.º Retracción de la línea marginal de la encía.
- 3.º Festón de Mc Call.
- 4.º Grieta de Stillman.
- 5.º Disminución de la papila interdientaria.
- 6.º Aumento de la bolsa o surco gingival.
- 7.º Movilidad del diente.
- 8.º Facetas pulidas.
- 9.º Diferencia de desgaste de los dientes de un lado con respecto al otro.
- 10.º Hipersensibilidad de los cambios térmicos.
- 11.º Ensanchamiento periodontal.
- 12.º Destrucción de hueso.
- 13.º Dolor a la presión masticatoria.
- 14.º Impedimento de deslizamiento.

Ya conocemos los trastornos a que puede dar lugar una oclusión traumática, y sabemos también cuál es la sintomatología de un diente en oclusión traumática. Ahora debemos saber cuáles son las causas que pueden dar lugar a ella. Vamos a mencionar las principales únicamente:

- 1.º Interferencias cuspídeas.
- 2.º Desgaste disparejo.
- 3.º Obturaciones defectuosas.
- 4.º Prótesis mal balanceadas.
- 5.º Puentes de una sola base.
- 6.º Caries dental.
- 7.º Desplazamiento post-extracción.
- 8.º Masticación de sustancias extremadamente duras.
- 9.º Sostén de pipas, boquillas, clavos.
- 10.º Romper o cortar hilos con los dientes.
- 11.º Bruxismo (reclunamiento nocturno).
- 12.º Erupción de los terceros molares.

Por lo que hemos explicado se puede ver que son muchas las causas que pueden dar origen a una oclusión traumática, y una gran parte de ellas está bajo nuestro control y, por tanto, podemos evitarlas. Es necesario insistir en una dentística operatoria mejor, en rechazar los puentes fijos de una sola base, en la restauración inmediata de las piezas extraídas, en la exodoncia de los terceros molares en mala posición, en el arreglo de las caries, por pequeñas que sean.

Si, a pesar de todos nuestros esfuerzos, la oclusión traumática se presenta, no tenemos más remedio que corregirla, en ocasiones, con levantamiento de mordida; otras veces, con ortodoncia, como ya hemos dicho, y con desgaste de los dientes.

Para descubrir cuales son los dientes que están en oclusión traumática, nos valemos de varios medios:

- 1.º Los datos que nos ofrece el paciente (dolor, luxación, etc.)
- 2.º La observación de la boca (diente, migrado, diastema, obturación brillante, etc.).
- 3.º Estudio de modelos.
- 4.º Radiografías.
- 5.º Palpación.
- 6.º Uso de cera rosada.
- 7.º Uso de papel de articular.

Ya determinado el o los dientes afectados, debemos comenzar nuestra labor de corrección, para lo cual tendremos en cuenta cuatro fases: 1.ª *La oclusión céntrica*. 2.ª El movimiento de protrusión. 3.ª El movimiento de lateralidad derecha; y 4.ª El movimiento de lateralidad izquierda.

Comenzaremos por los dientes anteriores y nos fijaremos en su oclusión céntrica. Si ésta es normal, pero al deslizarse en movimiento de protrusión, *oclusión traumática* se desgasta la superficie lingual del superior, sin tocar el punto de *oclusión céntrica* previamente marcado.

1.º caso: O. C.—Normal.	{	Se desgasta la superficie lingual del superior sin tocar el punto de <i>oclusión céntrica</i> .
Corrección.		
M. P.—O. T.		

2.º caso: O. C.—Normal.	{	Se desgasta el borde del superior.
Corrección.		
M. P.—Normal		

Borde con borde—O. T.

- | | |
|---|---|
| 3.º caso: O. C.—O. T.
M. P.—Normal | Se desgasta únicamente el punto de oclusión céntrica del diente superior, sin tocar para nada el resto de la superficie de deslizamiento. |
| 4.º caso: O. T.
Corrección.
M. P.—O. T. | En este caso puede desgastarse tanto el diente superior como el inferior, hasta obtener la oclusión fisiológica normal. |

Como se puede observar, en un solo caso se ha desgastado el diente inferior, en los demás se trabaja siempre en el superior.

Corrección en los dientes posteriores.

En éstos debemos tener en cuenta el *lado activo* (hacia el lado que se hace el movimiento) y el *lado pasivo*, el opuesto a éste, que a su vez se convertirá en activo, cuando se cambie la dirección del movimiento masticatorio.

- | | |
|---|---|
| 1.º caso: <i>Lado activo</i> .
M. L. D. O. C.—Normal
Corrección.
Desl.—O. T. | Se desgasta el plano lingual de la cúspide vestibular del diente superior, sin tocar el punto de oclusión céntrica. |
| 2.º caso: O. C.—O. T.
Corrección
Desl.—Normal | Se profundiza o desgasta el punto de oclusión céntrica, sin tocar las demás superficies del diente superior. |
| 3.º caso: O. C.—O. T.
Corrección
Desl.—O. T. | Puede desgastarse la cúspide del diente inferior. |

Hay algunos detalles que es necesario recordar, y son los siguientes: Es necesario hacer el desgaste en forma lenta y conservando la forma anatómica de la pieza dental. Una vez desgastada una pieza debe pulirse bien. Al hacer el desgaste y si la pieza está ligeramente sensible, se debe apoyar un dedo sobre ella. No pasar de media hora de corrección, pues el paciente se cansa, y al pedirle que haga determinado movimiento lo hará en forma incorrecta.

Otro detalle que es necesario recordar es el siguiente: Hemos hablado de lado activo y lado pasivo; bien, pues es necesario dejar establecido lo siguiente: Cuando los dientes del lado activo están flojos, debido a la falta de estructura ósea de sostén, es necesario que los dientes del lado pasivo entren en contacto, para de esta manera repartir mejor las fuerzas que actúan en ese momento sobre los dientes, es decir para establecer con equilibrio. Si, por el contrario, los dientes del lado activo son fuertes, no es necesario el contacto de los del lado de balanceo.

Conclusiones: La oclusión traumática es la causante de un sinnúmero de trastornos locales, que repercuten sobre los dientes y tejidos que los rodean, así como sobre la articulación témporo-mandibular.

El método de desgaste es sumamente fácil y está al alcance de cualquier odontólogo.

Es necesario hacer resaltar los resultados de una dentística correctamente ejecutada, para prevenir, en parte, muchos trastornos paradentósicos.

(per "Rev. Dent.", 7, 1, 13, 1955.)

BIBLIOGRAFIA

Beube, Frank E. *Periodontology*. 1.^a ed.; pág. 249.

Coolidge and Hine. *Periodontia*. 1.^a ed.; pág. 225.

Glickman, Irving. *Periodontología Clínica* (traducción). Págs. 300 y 727.

Miller, Samuel Charles. *Text-book of Periodontia*. Ed. 1940; pág. 296.

Muhlemann, Hans R. *Journal of Periodontology*. Julio 1954; pág. 198.

Orban, Baliut. *Journal of Periodontology*. Oct. 1954; pág. 257.

Pucci, Francisco M. *El Paradencio*. 3.^a ed.; pág. 112.

Silverman, Max. *Journal of Periodontology*. Enero 1955; pág. 56.