

LA OCLUSION TRAUMATICA EN RELACION CON LA PARADENTOSIS

por el

DR. ABRAHAM NULMAN

EQUILIBRIO

Debemos estar en condiciones de descubrir una oclusión traumática para actuar eficazmente. Existen una serie de signos que nos ponen sobre la pista de la lesión y el paciente nos refiere alteraciones o molestias de un origen aparentemente oscuro que nos orienta hacia el diagnóstico. Los pacientes concurren a nuestra consulta quejándose a menudo de sensibilidad al frío y al calor, de que se les hacen caries de cuello o proximales, de que las encías le sangran y, a veces, de mal gusto en la boca que surge de entre dos dientes, por abscesos mucosos provocados por el empaquetamiento alimenticio, debido a cúspides-émbolo. Los dolores debidos a oclusión traumática no son poco frecuentes y la sola eliminación de las cúspides causantes del mal sirve, por lo general, para hacer regresar todo a la normalidad. «Un agudo dolor de la base del surco gingival es frecuente síntoma de trauma oclusal», expresa Leonard. E. H. Thomas indica la manera de descubrir si un dolor es causado por la oclusión traumática o no. «Se le pide al paciente que muestre el recorrido del dolor. Si muestra un recorrido diferente al curso de una de las ramas del quinto par, puede pensarse en la oclusión traumática. Puede señalar desde el ala de la nariz, alrededor de la boca hasta el mentón, o de un lado de la cara hasta el otro o hacia el cuello. La oclusión traumática ocasiona también dolor a nivel del hueso malar y en el borde posterior de la rama ascendente del maxilar inferior. Cuando el paciente describe un dolor que va desde cerca de la articulación témporomandibular hacia el cuello y tiene tendencia a pellizcarse la piel del cuello para aliviarlo, debe pensarse inmediatamente en oclusión traumática.»

LA ARTICULACIÓN TÉMPOROMANDIBULAR

A veces los pacientes se quejan de dolor en la región de la articulación témporomandibular, y ese debido a que chasquean los dientes,

consciente o inconscientemente, como un escape para su irritación nerviosa. En los niños obedece a la presencia de parásitos intestinales o son trastornos de la dentición. Corrigiendo la oclusión se salvan generalmente estos inconvenientes.

Existen cúspides interferentes en los desplazamientos mandibulares que afectan a la articulación y cuya eliminación trae el inmediato restablecimiento. Es lo que la doctora Iusem compara con la piedra colocada en el riel, considerando la articulación dentaria como la vía sobre la que se deslizan los movimientos de la mandíbula en estrecha relación con el recorrido del cóndilo en la cavidad glenoidea. Cuando el sujeto mastica, el sobresalto continuo de la mandíbula por esa cúspide que interfiere repercute en la articulación temporomandibular y su repetición trae aparejadas las alteraciones cuyas molestias nos refieren los pacientes. La cura se obtiene corrigiendo la oclusión. Aun hay pacientes con estas clases de trastornos que ante nuestro interrogatorio manifiestan hacen una masticación unilateral. En estos casos se encuentra generalmente que existe un desarreglo oclusal que impulsa al paciente a comer de un solo lado. La corrección de la oclusión vuelve al paciente a la masticación normal bilateral, inconscientemente, como lo hace notar Sorrin. Cuando el hecho se deba a caries, ausencia dentaria, etc., deberán realizarse los tratamientos correspondientes.

LAS PRÓTESIS PARCIALES

Al instalar en la boca prótesis parciales removibles es muy frecuente que los pacientes acudan por molestias en un diente o un área determinados. Ocurre a veces que se ha cargado demasiado a un diente con un apoyo y éste reacciona en forma dolorosa. Corresponde repartir las presiones en el resto de la dentadura. Molestias en la mucosa no siempre deben atribuirse a la base de la dentadura, sino que deberá observarse que en los recorridos no exista una zona que recibe un excesivo esfuerzo. Logrando el balanceo en la dentadura se eliminará el dolor. Cuando se realiza una restauración fija (puente, corona o aun mismo una restauración de amalgama, incrustación, etc.) puede inadvertidamente quedar un punto más alto. El paciente volverá al poco tiempo con un dolor localizado en ese diente por reacción del periodonto, debido a que ese diente que toca antes que los demás ha debido soportar una carga excesiva. Observando, es dable encontrar un punto pulido y brillante en la superficie que indica el sitio de contacto prematuro. Su remoción hará regresar todos los síntomas dolorosos.

LAS CARIES

Cuando en una boca se observa el predominio de caries cervicales, debemos pensar en la oclusión traumática. El esfuerzo excesivo irrita los tejidos periodontales acidificando el exudado del surco gingival que ataca al diente. En este caso debe corregirse la oclusión y realizar las obturaciones correspondientes.

Las caries proximales se deben generalmente a empaquetamiento alimenticio debido a cúspides émbolos, en donde hay pérdida de contacto interproximal, restauraciones defectuosas en proximal o por extrusión de dientes. Corregimos estas alteraciones desgastando las cúspides émbolos y reconstruyendo las obturaciones deficientes. También es dable observar precipitación tártrica (Lyonnet), y aquellos dientes que soportan presión excesiva presentan en el sitio de contacto una zona más pulida y brillante debido a la mayor abrasión.

EL PERIODONTO

Para reconocer las fuerzas traumáticas en la boca se debe colocar un dedo sobre la cara vestibular de los dientes y hacer cerrar y abrir la boca repetidamente. En esta forma se puede apreciar el efecto de las fuerzas labiolinguales y el grado de movilidad que le imprime la oclusión en este sentido.

Para apreciar, según Leonard, el trauma mesiodistal, que a veces provoca abscesos periodontales, se recurre a la observación de la gíngiva y de las radiografías para ver la trama ósea de mesial y distal del diente. Este mismo autor, en otro trabajo, dice que cuando no se consigue la curación en las bolsas después de eliminados los escombros y practicado el masaje gingival, es frecuentemente debido a que la oclusión traumática irrita y no permite la restauración de un lecho vascular normal.

Box enumera una serie de signos que se observan clínicamente, y que son «medias lunas traumáticas; congestión de las encías marginales; retracción de la línea gingival marginal; festones de McCall; hendiduras de Stillman; acortamiento o disminución de la cresta de las encías septales; ausencia de basofilia; aumento de profundidad de la grieta o hendidura gingival; nódulos epiteliales; movilidad de variables grados; varios cambios que ocurren en el hueso; gingivitis; venas distendidas en la membrana mucosa y pus en exudado de la grieta o hendidura gingival».

EL DIAGNÓSTICO

De la apreciación de todos estos datos surgirá el correcto diagnóstico de la oclusión traumática, que es uno de los factores etiológicos de la paradentosis, para encarar con éxito el tratamiento. Pero la verdadera pauta para el diagnóstico nos las ofrecen las observaciones radiológicas, pues «las manifestaciones radiológicas de la oclusión traumática son siempre anteriores a las clínicas», según expresa Gerardi.

En la observación de una serie de radiografías, que es lo que corresponde tomar cuando se busca el efecto de la oclusión traumática en los tejidos paradenciales, se debe buscar en primera instancia la presencia o ausencia de cortical ósea. Para Pellis, aumenta la radiolucidez de las crestas óseas interdientarias, pudiendo llegar a desaparecer.

Las modificaciones que se establecen en la cortical alveolar son relatadas por Gerardi con estas palabras: «La cortical se espesa cuando el traumatismo es débil o la capacidad vital del hueso es mayor que la sobrecarga; la cortical se esfuma cuando el trauma es intenso o la capacidad vital ha disminuído. Cuando la componente vertical es la preponderante, la cortical periapical se esfuma o desaparece con ensanchamiento periodóntico. Cuando la componente transversal es la preponderante, hay reabsorción de la cortical del lado que el periodonto es comprimido y persistencia de la cortical, pero en vías de rarefacción hasta la completa desaparición del lado que el periodonto es estirado.»

El movimiento mesiodistal engrosa la línea periodóntica en los lados proximales del diente. Si es en el periápice, es debido a excesiva fuerza intrusiva (Leonard).

En la trama ósea desaparece el enrejado característico de hueso normal y aparece como esfumado, con aumento de la radiolucidez. El periodonto se va ensanchando, insinuando la atrofia ósea. Existen casos que reaccionan haciendo una gran aposición de cemento en un intento de mantener firme la pieza dentaria, pues seguramente el pequeño movimiento del diente en su alvéolo actúa como estímulo de los cemento-blastos. Pollia encuentra radiográficamente siete signos:

- 1.) Abrasión anormal de las superficies oclusales.
- 2.) Nódulos pulpares.
- 3.) Cementosis en la unión del tercio medio con el apical.
- 4.) Espesamiento del periodonto con periodontitis cervical.
- 5.) Espesamiento de la cortical alveolar.
- 6.) Radiolucidez de la cresta seguida de su desaparición.

7) Radiolucidez generalizada del proceso alveolar alrededor del diente.

Por último, tenemos las alteraciones histológicas causadas por la oclusión traumática. En la pulpa se producen, por efecto del trauma oclusal, una hiperemia arterial, y el diente se vuelve sensible a los cambios térmicos. Debido al efecto constructivo de la hiperemia, se forman nódulos pulpares, que pueden existir durante toda la vida del paciente sin traer trastornos, pero en algunos casos, como hace notar Galliano, puede dar «reacción pulpar a los cambios térmicos, hipersensibilidad a la electricidad y dolor agudo espontáneo o del tipo paroxístico, dolores reflejos con características de neuralgia con predilección en los oídos o su vecindad, en el cráneo con un punto de hiperestesia superficial (sinalgia), en los ojos, en la región supraorbitaria, en la articulación del hombro o en cualquier diente».

El ligamento alvéolorradicular, cuya función es mantener el diente suspendido en su alvéolo y que actúa como un elemento hidráulico por medio del sistema linfático distribuido entre sus fibras, resiste las presiones normales de la masticación porque éstas le resultan estimulantes. Pero cuando deben soportar una excesiva carga repetida y a través del tiempo, se producen lesiones, pues de un lado son comprimidas las fibras entre el diente y el hueso y del otro lado son traccionadas y rotas las fibras. Como la región que más sufre el traumatismo es la del borde alveolar, en ese sitio la destrucción del ligamento alvéolorradicular da lugar a que creciendo el epitelio gingival se vaya insinuando en dirección apical. Las causas irritantes locales debilitan y hasta lesionan este epitelio, que es entonces fácilmente invadido por el polimicrobismo bucal, acentuando los fenómenos regresivos y aumentando la profundidad de la bolsa paradentósica. Vemos en esto la influencia de la oclusión traumática en relación con la paradentosis. Estos hechos están confirmados clínicamente.

En el hueso, que es tejido que durante toda la vida se reabsorbe y neoforma ante estímulos normales, bajo fuerzas oclusales anormales la oclusión predomina y se establecen los distintos tipos de atrofia alveolar. Las personas sanas y resistentes pueden responder con una condensación ósea.

En el cemento de dientes traumatizados se observa, dice Kronfeld, «áreas circunscriptas y superficiales de reabsorción del cemento, localizadas en el área de la superficie radicular cercana al centro de acción de la

fuerza». Por lo general hay neoformación cementaria y en algunas personas se producen, ante el factor trauma que actúa como irritación generadora, hipercementosis compensadoras. Estos procesos pueden abarcar tejidos sensibles (peridonto, nervios que recorren el hueso, etc.) y hasta cerrar el foramen apical comprimiendo los elementos que por ahí ingresan al diente. Esta situación puede acompañarse con agudos dolores. Galliano dice que la hipercementosis trae aparejada, a veces, la sensación de que los dientes se proyectan fuera de sus alvéolos y existen deseos de morder.

(*per «Trbna. Odnt.»*, 184, 1956.)

TRISTAN DA CUNHA

Tristan da Cunha es un archipiélago volcánico del Atlántico Sur, de unos 104 kilómetros cuadrados y 203 habitantes que corresponde a la Commonwealth y es dependencia británica de Santa Elena. Desde el punto de vista odontológico, Tristan da Cunha ha merecido la atención de los colegas dentales en consideración al excelente estado de la dentadura de los naturales. En estos últimos treinta años han sido objeto de distintas observaciones, entre las que quedan registradas las de Marshall (1926), Sampson y Moore (1932), Purser (1933), Barnes y Moore (1937), Sognnaes (1938), Gamblen (1952) y King-Turner y Davies (1956).

La dieta de estos habitantes es en su mayor parte pescado y patatas, aun cuando poseen ganado vacuno, carnero, oveja, con patos y aves, gansos, y el buey y el burro para los trabajos del campo, constituyen toda su ganadería...

El agua que consumen los naturales proviene de un manantial en las inmediaciones del pueblo, con un contenido en agua de 0,15 partes por millón.

De su estudio se desprende que el 12,5 por 100 de los dientes examinados padecían lesiones de caries, y el mismo tanto por ciento de bocas indemnes. Respecto a la estructura del esmalte se apreció una ligera fluorosis. En los habitantes de edad avanzada no se conoce ninguno portador de placas o prótesis dentales.