

OCLUSION FUNCIONAL. UN MEJOR OBJETO DE LA ODONTOLOGIA

por el

DR. WENDELL L. WYLIE

(Leído por el doctor Ruben J. A. Tosi en la Sociedad Argentina de Ortodoncia. *Entscdo. per "Ort."*, XXII, 33, 1958.)

Con frecuencia es requerida la opinión de un ortodoncista en una discusión sobre oclusión, fundamento común de todos los dentistas.

Un argumento en contra del ortodoncista que toma la palabra sobre este tema en nombre de todos sus colegas es la diferencia de opinión entre ellos, lo que algunas veces desconcierta a odontólogos de otras especialidades.

Una cita histórica es una buena base para un ortodoncista que debe referirse al tema de la oclusión. Angle, un tempestuoso en su tiempo, está considerado como el padre de los ortodoncistas modernos, y fué quien quitó énfasis a la simple concepción estética superficial, dándole importancia a la base funcional.

Con la Odontología fraccionada en un número de especialidades, se hace necesario recordar a los miembros de la profesión que el propósito primario de la práctica de la Odontología es el mantenimiento de una unidad funcional sana. Como nuestro interés se especializa y se vuelve más estrecho, tendemos demasiado frecuentemente a pensar en los dientes por separado, y olvidamos la función en conjunto. El único remedio para este estado de cosas es mejorar la comunicación entre las distintas especialidades.

Discutiendo el punto de vista ortodónico, yo querría empezar por la clase de "standards" que los ortodoncistas se han fijado. Los "standards" que me han interesado más son aquellos que representan diferencias de opinión más bien que absolutas diferencias. La gran diferencia de opinión proporciona el interés fundamental.

No puede haber ningún argumento decisivo referente a lo que constituye la relación meso-distal ideal o normal respecto de los molares y premolares; ni tampoco puede haberlo respecto de la relación bucolingual. Lo mismo debe ser dicho acerca de la oclusión funcional de los dientes de la parte superior anterior e inferior anterior, ya que ellos funcionan en armonía con los dientes posteriores previamente mencionados.

Ortodoncistas y dentistas permiten desacuerdos en materia de uniformidad de los dientes. Algunos insisten en que deben ser absolutamente rectos, sin rotaciones, sin apiñamientos, sin sobre-oclusión y sin espacios. Esta, naturalmente, es la condición ideal, y nadie lo podría discutir. Pero cuando llegamos a casos prácticos, debemos tomar en consideración el precio que demandaría ponerlos en perfecto orden, o el riesgo de producir espacios en un esfuerzo por eliminar una cantidad relativamente pequeña de apiñamiento.

Hay una tendencia en algunos ortodoncistas de hablar muy vehementemente contra todos aquellos que tratan de eliminar toda traza de apiñamiento con el recurso de la extracción. Se basan en que no hay gran perjuicio con un poco de apiñamiento, y aquí nuevamente el punto debe, en parte, ser concedido. La única curiosa anomalía que engendra este razonamiento es la del colega que vigorosamente sostiene que un poco de apiñamiento debe esperarse y tolerarse en casos retenidos, pero parece reaccionario a tolerar esta misma cantidad de apiñamiento cuando es visto en un nuevo paciente a quien se desea tratar especialmente.

Algunos de los trabajos más meticulosos respecto a las tendencias inherentes en los arcos dentales no fueron hechos por un investigador de laboratorio, sino por un ortodoncista práctico, llamado Hays Nance, de Pasadena (California). El ha provisto una base muy real para medir las potencialidades del desarrollo normal, en longitud, de los arcos dentales en pacientes ortodóncicos. Los estudios de Nance, si son interpretados correctamente y leídos a conciencia, resultan indispensables para un completo entendimiento del panorama ortodóncico.

Una controversia enérgica se ha desarrollado en la última década sobre la materia de la estética facial. Cuando los ortodoncistas hablan de la estética facial, en realidad lo que todos

ellos significan es si los labios son o no relativamente prominentes respecto del resto del perfil facial. Esta generalización es injusta, porque hay muchos ortodoncistas que ven más allá del simple problema de labios (por ejemplo, Downs, con su método de valoración facial). Para el ortodoncista típico, no obstante, la estética facial aparece como un factor que querría modificar a voluntad la prominencia de los labios. Este factor es dependiente, en parte, de la posición anteroposterior de los dientes anteriores y, obviamente, los labios nunca pueden retroceder mucho si los dientes sobresalientes así lo impiden. Por otra parte, la inclinación por esta clase de modificaciones faciales frecuentemente requiere la extracción de dientes permanentes. Este aspecto del problema no puede ser divorciado de la cuestión previamente considerada de cuánta irregularidad tenemos que tolerar en el arco dental individual, después que el caso ha sido liberado de sus aparatos por un número de años. La corrección de esta irregularidad por expansión indiscriminada no solamente produce una recidiva, con un retorno final de la irregularidad, sino que será también responsable de un inmediato incremento en la protrusión de los labios.

Por esto, en un gran número de casos, la extracción de los primeros premolares sirve para una doble función: 1.º Mejora de la probabilidad de alineamiento de los dientes remanentes. 2.º Donde el anclaje es juiciosamente observado, la extracción también sirve para reducir la prominencia de la dentadura y, por tanto, la de los labios.

Ninguno de estos fenómenos puede ser comprendido sin algún entendimiento de los factores básicos que conciernen al crecimiento y desarrollo cráneo-facial. Los trabajos de Broadbent y Brodie han echado una gran luz acerca de cómo el molde facial aumenta de tamaño, manteniendo esencialmente su original proporcionalidad a lo largo de la vida. La vieja idea de que el molde facial era la víctima de toda clase de ataques del medio ambiente ha sido comprobada como errónea.

En los años adolescentes, hay alguna reducción en la prominencia de los labios, a medida que el mentón se hace relativamente más prominente con respecto al resto del perfil. Por desgracia, ortodoncistas que han dado demasiada importancia a lo que ellos llaman biprotrusión, han sobreestimado este fe-

nómeno de valoración facial, dándose cuenta de ello algunas veces demasiado tarde. Debemos tener presente que el hueso es tejido duro e inmodificable, y que no puede crecer en su centro, sino solamente por sus superficies libres. El cartílago puede, en cambio, crecer intersticialmente, y por lo tanto hay sitios, particularmente en la base del cráneo, donde el crecimiento cráneo-facial depende de la proliferación de cartílagos y su conversión final en hueso. En algunos sitios, el crecimiento del hueso intramembranoso contribuye a incrementar la medida de la cara y la acomodación del acrecentamiento del número de dientes.

Los diversos sitios de crecimiento pueden ser convenientemente agrupados con respecto del plano del espacio del cual cada uno forma parte. De este modo, tenemos el proceso fronto-nasal del maxilar, y los procesos alveolares del hueso maxilar y mandíbula colaborando substancialmente en la altura vertical de la cara. Podemos pensar que el borde posterior de la mandíbula, la tuberosidad del maxilar, y ciertos sitios en el piso del cerebro, donde la cara se encuentra con el cráneo, ayudan al crecimiento anteroposterior. Nótese bien, que el factor de la tercera dimensión, la del ancho, generalmente es mencionada brevemente al hablar del crecimiento facial. Esto es porque la dimensión en ancho es la que, con mayor aproximación, se obtiene en el nacimiento, si bien algunos crecimientos en anchura suceden indefectiblemente. Así pues, tenemos la tuberosidad del maxilar introduciéndose por el impulso del crecimiento contra la base fija del cráneo, en el hueso esfenoides, e interviniendo en el movimiento hacia adelante de la mascarilla facial; simultáneamente hay una introducción hacia abajo de la cara, por la acción del crecimiento situado en el proceso fronto-nasal. Los efectos combinados de estas dos formas de crecimiento fundamentan la frase tan a menudo repetida: "el crecimiento de la cara es hacia abajo y hacia adelante".

Actualmente, el trabajo de Massler, sus colegas y discípulos, ha mostrado que hay muchos lugares en el cráneo y cara los cuales pueden crecer y crecen, y no en todo aquél. Es tan justo como razonable decir que el ímpetu para crecer en cada uno de estos sitios, es genuino e independiente del cre-

cimiento en algún otro sitio. Indudablemente, la primacía en el juego, si proseguimos con esta analogía, la tiene la cabeza del cóndilo. La cantidad de su crecimiento determina, en gran parte, si el molde facial será bueno o malo.

En dirección y cuantía, el crecimiento de la cabeza del cóndilo es tal, que aparenta ser compensatoria de la actividad combinada de todos los sitios de crecimiento anteriores a él. Parecería que todos los otros sitios de crecimiento, están conspirando para atraer la mascarilla hacia abajo y hacia adelante, fuera de la unión témporo-mandibular, o, al menos, esa porción de la unión que se identifica con el cráneo. El componente facial de la unión témporo-mandibular, la cabeza del cóndilo, persistentemente crece hacia arriba y hacia atrás, tan rápidamente como el resto de la cara se retrae de la fosa glenoidea del hueso temporal, manteniendo de este modo la integridad de la unión témporo-mandibular.

Por razones que, debo declararlo categóricamente, me parecen insuficientes, demasiados ortodoncistas de la presente generación persisten en asegurar que la terapia ortodóncica es incapaz de obtener una respuesta de crecimiento, la cual no habría ocurrido en ausencia de la terapia ortodóncica. Cada ortodoncista que ha pensado sobre la materia, admite que una substancial cantidad de crecimiento ocurre durante el tratamiento, y cuando ésto sucede, es casi siempre para bien. La generación que parece pensar que la ortodoncia comienza en la cefalometría y termina en la geometría plana, está convencida de que el ortodoncista es meramente un afortunado colega que ha estado en acecho durante el tiempo en que el impulso de crecimiento ha tenido lugar.

Guste o no, preciso decir algo contra los articuladores. Sostengo que demasiados de estos biólogos de estilo propio, han sido demasiado superficiales en el estudio de los articuladores. Este punto de vista está equivocado, pero yo no encuentro provecho en denunciar al colega como un tonto mecanizado, que no puede elevar su pensamiento sobre el plano de tuercas, bulones y tornillos. Una vez que ven que actualmente no hay un articulador disponible para servir el propósito del ortodoncista. Una vez que el ortodoncista ha convencido a sus colegas de la odontología que un articulador no tiene posibi-

lidades de servir para algún propósito útil al comienzo de un tratamiento, quieren entonces saber por qué no usa uno al final, con el fin de conseguir un equilibrio oclusal. Es posible replicar a ésto, que muchas veces se podría usar. Ante todo, el uso de un articulador, implica un caso de equilibrio de precisión, yendo considerablemente más allá de la reducción de las cúspides y grandes mal formaciones de la superficie oclusal. Estas últimas pueden ser eliminadas de la boca, sin el previo montaje del caso. El equilibrio preciso, así planteado por medio del montaje de articulador, no entra en los fines inmediatos del tratamiento activo.

Todos los casos de ortodoncia se basan, en algún grado, en el abandono de la limitación mecánica. Unicamente los casos más evidentes de equilibración, deberían hacerse cuando las bandas son removidas, y sólo cuando el caso es aparentemente estable podría darse más detallada atención a la dentición. En esos casos el uso de un articulador con montaje seguro, y un programa sistemático de desgastes, puede muy bien aplicarse; sin embargo, el equilibrio oclusal no puede ser un sustituto para un buen tratamiento ortodóncico básico.

Debo señalar muy especialmente un importante punto, se refiere al hecho de que los dentistas aún tienen que ponerse de acuerdo sobre lo que yo llamo "punto de partida". Con esto, yo significo que hay desacuerdo substancial entre las autoridades de varias escuelas, sobre dónde comienza el maxilar en relación con la mandíbula, cuando los maxilares están cerrados en oclusión céntrica. El punto de partida clínico para Thompson, es la posición fisiológica de reposo; el punto de partida clínico para un grupo mayor, está orientado en o acerca del eje de la articulación.

Cada grupo alaba sus virtudes del equilibrio oclusal, con tal que, naturalmente, su propio punto de vista clínico sea el adoptado. Ambos grupos no pueden estar en lo cierto, y la diferencia debería ser reconciliada. Me parece que hasta que nosotros no podamos ponernos de acuerdo sobre que posición céntrica es la verdadera, el desgaste para acomodar a la posición excéntrica, es fútil.

En resumen, puede decirse, primero de todo, que el ortodoncista y el práctico general, cualquiera de ellos, tienen mu-

cho que aprender uno del otro. Cada uno tiene ventajas que el otro no sabe aprovechar. La última perfección en relaciones oclusales en todo movimiento exclusivo de los maxilares, es asequible solamente cuando el dentista, no la naturaleza, determina la morfología oclusal de los dientes. El hombre que talla estas superficies en cera, goza de una ventaja sobre el ortodoncista, que espera que la naturaleza lo haga. Por el contrario, éste tiene la ventaja de que cada diente, en el crecimiento del niño, está situado precisamente en un sitio de crecimiento, lo cual le facilita el desarrollo alveolar en altura, en zonas especiales de las arcadas, y cambia la inclinación axial de dientes, de una manera que el protésico no puede emplear. El ortodoncista, además, tiene un sitio de crecimiento trabajando para él en la cabeza de cada cóndilo, el que lo ayuda a obtener algunos de sus más agradables resultados.

Esto no quiere decir que el crecimiento sea una panacea que restablecerá al ortodoncista de una mal prevista situación, en la cual él pudo colocarse. Debe comprender la dirección en que trabaja, y la edad en la que haría mejor en no contar con esa ayuda. El ortodoncista puede aprender del dentista, quien trabaja con pacientes más viejos, a aumentar su apreciación de los movimientos funcionales. Con esto, yo entiendo, no solamente la buena interrelación de las cúspides dentarias entre sí en los movimientos excursivos, sino también una buena relación témporo-mandibular. Si el ortodoncista hace esto su atención tendrá que ir más allá del uniforme alineamiento de los dientes, y del tejido blando del perfil, para reconocer posibles consecuencias en los años posteriores cuando los retenedores han sido descartados.

ADECUADA ILUMINACION DEL CONSULTORIO

La eficiencia del dentista depende de una buena visión para el ejercicio concreto de su profesión.

Las condiciones pobres de iluminación no sólo estropean los ojos, sino que aumentan la tensión diaria y disminuyen la eficacia. La irritabilidad se refleja negativamente en las relaciones entre el dentista

y sus pacientes. Cualquier cosa que interfiera con la visión adecuada puede ser perjudicial para casi toda etapa de la práctica dental:

Los dentistas de antaño sufrían a consecuencia del esfuerzo excesivo de la vista, debido a la falta de iluminación suficiente en la boca. Sus ojos debían penetrar una barrera de relativa oscuridad para discernir minuciosos e importantes detalles. Aunque los dentistas de hoy disponen de potentes proyectores y la visibilidad en la boca es mucho mejor, demasiado pocos tienen adecuada iluminación en el consultorio.

El contraste causado por mirar desde la boca iluminada a la bandeja que lo está mucho menos, requiere constante acomodación de parte de los ojos. Muchos dentistas ignoran la existencia de tal contraste.

Las compañías de electricidad tienen servicios de análisis de luz en las ciudades principales. Un luminotécnico puede medir el número «lúmenes» que son reflejados desde la boca con la lámpara a una distancia adecuada y los que son reflejados desde la bandeja y mesas auxiliares.

Con frecuencia, si sus recomendaciones son seguidas, pueden contribuir al mejoramiento de la práctica dental como también del ambiente y aspecto del consultorio.

Debe notarse que los dentistas que operan inundando la habitación con la luz del día, están exponiéndose a posibles esfuerzos de la vista durante los meses de invierno, cuando, al crepúsculo y temprana puesta del sol, la iluminación disminuye demasiado lentamente para que el profesional ocupado lo note. A menos que el dentista haya planeado bien la iluminación de su consultorio, está expuesto a extremos contrastes en la brillantez de la iluminación al fin del día, cuando menos puede tolerar hacer esfuerzos excesivos con los ojos. Este dentista necesita, ante todo, adecuada iluminación de la habitación de trabajo. Así como para operaciones son necesarias potentes lámparas, para la práctica de óptima dentistería y la preservación de la salud del dentista, es igualmente importante la buena iluminación del consultorio. J. Mittelman (J.A.D.A. 57:79, julio 1958). (Ver Odtttria, 117, 1958, 3.)