

EQUILIBRIO DE OCLUSION EN DENTISTERIA

por el

DR. MARIO JIMÉNEZ L.

Facultad de Odontología de la Universidad de Antioquia

No se pretende hacer una descripción de la técnica utilizada para realizar un buen ajuste de la oclusión. Simplemente, se quiere hacer recalcar la necesidad de ésta y mostrar en qué forma el dentista general puede prevenir trastornos periodontales.

Bien sabemos que el equilibrio de oclusión es una fase importantísima de la terapia periodontal, pero no es de la parte curativa, de la que se quiere hablar en este escrito, sino de la preventiva y hacer recalcar la necesidad de conseguir una oclusión fisiológica, antes de haberse producido una marcada pérdida ósea y demostrar la manera cómo se evita el trauma oclusal.

¿Qué se entiende por equilibrio de oclusión? En concepto de Glickman, el equilibrio de oclusión es el procedimiento por el cual las fuerzas de la masticación son distribuidas uniformemente en todas las piezas naturales. Así, pues, el equilibrio de oclusión comprende:

- 1.º Tallado de los dientes para eliminar las interferencias cuspidas tanto en céntrica como en los distintos movimientos funcionales de la mandíbula.

- 2.º Reconstrucción o restauración de porciones de dientes individuales.

- 3.º Extracción o sustitución protética de las piezas perdidas.

- 4.º Tratamientos ortodóncicos.

En términos generales, el equilibrio de oclusión ha sido interpretado erróneamente, confundiéndolo con tallado selectivo, siendo éste una parte del primero.

Con frecuencia se ven las llamadas «obturaciones altas», en las que aparece el diente afectado con síntomas agudos, como sensibilidad a la percusión, movilidad y dolor. La capacidad de adaptación del periodonto permite muchas veces un cambio en la posición de la pieza en una forma tal que la prominencia de la restauración se acomoda nuevamente.

En otros casos, a menos que la restauración sea ajustada correctamente, la severidad de la alteración periodontal aumenta y puede ocu-

rrir una necrosis con formación de absceso periodontal. Cuando es necesario construir parte de la pieza podemos evitar el trauma oclusal no reconstruyendo cúspides marcadísimas y no se deben colocar obturaciones que tengan cúspides con una inclinación mayor de 20 grados y tener en cuenta la edad del paciente, ya que la inclinación cuspídea disminuye a medida que éste avanza en edad. Si colocamos una restauración con una inclinación menor que el resto de las piezas, vamos a crear trauma. La solución sería hacer tallado selectivo hasta dar a las cúspides una inclinación que corresponda con la dada a la restauración y crear así un plano oclusal e inclinaciones cuspídeas uniformes, pues sin planos inclinados debidamente tallados estamos produciendo trauma, presentándose así una sobrecarga para los tejidos periodontales con las secuelas ya conocidas. Además, las superficies planas son incompatibles con los movimientos mandibulares y las fuerzas verticales no serían paralelas a los ejes verticales de los dientes, no cayendo las fuerzas funcionales en los confines de la raíz.

Por consiguiente, para cumplir con las necesidades fisiológicas de la oclusión, las cúspides deben tener adecuadas inclinaciones laterales sincronizadas con los movimientos protrusivos y de lateralidad de la mandíbula.

Bien sabemos que la estabilidad del arco dentario depende de la correcta localización de los contactos proximales, y si construimos contactos desiguales vamos a crear una alteración en el componente anterior de las fuerzas masticatorias, con la consiguiente alteración del arco dentario.

Según Cohn, la correcta localización del contacto proximal entre primer bicúspide, canino e incisivo lateral es la más importante de todas para la estabilidad del arco, ya que es en este sitio en donde el componente anterior de las fuerzas se encuentra con la ejercida por los labios.

De ahí la necesidad de restaurar contactos proximales correctamente para lograr no solamente que las fuerzas masticatorias sean bien transmitidas y funcione el arco dentario como una sola unidad, sino también para evitar el empacamiento de alimentos, factor éste que contribuye en gran parte en la producción de la enfermedad periodontal.

En el terreno de la prótesis parcial es necesario tener presente que las desarmonías oclusales deben ser corregidas en la dentición natural antes de ser construída la prótesis, pues la falta de corrección de éstas iría a agravar la sobrecarga oclusal una vez colocada aquélla.

La sustitución inmediata de las piezas que se han perdido constituye una necesidad absoluta si queremos evitar la creación de migraciones, relaciones oclusales anormales, oclusión traumática, sacos patológicos con alveoclasia, pérdida de la dimensión vertical y pérdida de piezas por periodontitis avanzada.

La prótesis fija y con múltiples anclajes, siempre y cuando las condiciones técnicas lo permitan, debe preferirse, en especial en dientes con afecciones periodontales.

Debe condenarse definitivamente el puente suspendido o cantiliver por la acción de palanca que éste produce, hecho que no se obvia ni aun con la colocación de un «rest» en el diente vecino, pues puede presentarse migración labial de éste cuando de incisivos se trate. Es muy importante recalcar la rotación que se produce de la pieza de anclaje hacia el lado del pónico, eliminándose el contacto proximal e iniciándose el empacamiento alimenticio con las graves consecuencias que éste ocasiona.

Es muy lógico pensar que una pieza que soporta un puente suspendido está sometida a una sobrecarga oclusal. Por consiguiente, no deben utilizarse éstos sino *rarísimamente* para llenar espacios pequeños y siempre y cuando el diente soporte tenga una raíz de extraordinaria longitud, además de un pronóstico periodontal excelente. Asimismo, es aconsejable que el pónico entre en oclusión levemente y que ésta sea bien equilibrada.

Hablando de prótesis parcial removible, debemos tener en cuenta la necesidad de diseñar correctamente los apoyos oclusales, y para ello debemos tallar bien sea en las piezas naturales o bien preparando éstas con restauraciones en donde se han de hacer cajitas en forma de cuchara, cuyo piso esté inclinado en una forma tal que la parte más profunda se oriente en dirección axial.

Con todo esto vamos a lograr que la dirección de las fuerzas se ejerza en sentido vertical, la cual es más bien tolerada por el periodonto que las ejercidas lateralmente.

Se han reportado casos de hemorragia, trombosis, degeneración hialina, necrosis de la membrana periodontal con excesiva reabsorción ósea, reabsorción de la raíz y fractura del cemento radicular, cambios estudiados en material de necropsia y debidos a la aplicación de fuerzas excesivas sobre los dientes (Coolidge, 1938).

Los ganchos en I, tan usados en las caras linguales de los caninos, deben evitarse, ya que la presión ejercida por estos «rests» hacia la labial provoca la migración patológica de la pieza, con la consiguiente des-

adaptación de los ganchos y el hundimiento de éstos y la barra lingual en la encía marginal y la mucosa, constituyendo así los llamados aparatos de extracción lenta.

De la misma manera puede afirmarse que NUNCA deben hacerse dentaduras parciales sin ningún apoyo oclusal por muy buenas que sean las condiciones periodontales.

Cuando se trate de estructuras removibles con sillas libres posteriores no debemos olvidar que están indicados aparatos combinados de metal y acrílico a fin de realizar un posterior reajuste, ya que a menudo en esta parte se reabsorbe el hueso muy rápido y es necesario hacer correcciones de nuevo a fin de evitar fuerzas laterales excesivas sobre las piezas anteriores. De ahí la urgencia del uso de anclajes múltiples, retención indirecta o rompiefuerzas y lo prudente que es conservar piezas posteriores.

De la misma manera, no deben diseñarse sillas muy pequeñas, pues se producirán fuerzas laterales y de torsión sobre los dientes soportes. Es aconsejable que estas sillas se extiendan hasta el surco gingivo-yugal por vestibular y hasta la línea milohiodea por lingual a fin de reducir a lo mínimo los movimientos laterales.

Para evitar estos inconvenientes puede recurrirse también a los soportes múltiples unidos por coronas tres cuartos o incrustaciones soldadas, ganchos dobles o continuos, superficies oclusales con un diámetro buco-lingual menor que el de las piezas naturales y puentes de precisión, lo mismo que rompiefuerzas.

Desde el punto de vista periodontal, es muy aconsejable la combinación de prótesis fija y removible en aquellos casos en los cuales existen piezas aisladas, las cuales pueden unirse a las más próximas por medio de puentes fijos, siendo utilizadas como anclajes una vez que se hayan fijado.

La construcción de dentaduras parciales en casos con pocos dientes antero-inferiores debe evitarse, pues no solucionaría el problema, ya que quedarían sillas libres muy amplias, con el consiguiente recargo para los dientes naturales, cuya extracción se aceleraría, aunque fueran fijados con coronas soldadas. En estas circunstancias la solución más práctica es la extracción de las piezas remanentes y la colocación de prótesis totales, tanto en superior como en inferior. Un gran problema lo constituye la presencia de dientes naturales contra una dentadura artificial, en especial cuando ésta es inferior.

De acuerdo con Miller, la dentadura funciona por compresión, al mismo tiempo que recibe posterior trauma proveniente del choque originado por la rigidez de los dientes opuestos. Reabsorción, irritación periférica e hiperemia de la zona abarcada por la dentadura son comunes en estos casos. Reabsorción del reborde inferior y aun del cuerpo de la mandíbula, con fractura de ésta, puede presentarse frecuentemente. De ahí que sea preferible extraer los dientes superiores y hacer dos dentaduras totales. Un pronóstico mejor puede haber cuando una dentadura superior funciona contra dientes naturales inferiores, pero aun así éste no es muy favorable.

Debemos tener siempre presente que el ajuste de la oclusión no termina con la colocación de la prótesis y ajustarla periódicamente a fin de evitar trauma.

En concepto de Coleman, un minucioso examen de las relaciones cuspídeas y equilibrio de oclusión por medio de tallados selectivos debería ser parte rutinaria de todo tratamiento de Ortodoncia. Consiguientemente, es obligación de todo ortodoncista hacer equilibrio de oclusión o enviar el paciente a un periodoncista, una vez concluido su trabajo.

Para Sherr, las fracturas maxilares y mandibulares no son tratadas en forma completa mientras no se corrija la oclusión.

Para terminar, la Endodoncia puede sernos de gran ayuda en el equilibrio oclusal, ya que existen muchas piezas extruídas, cuya conservación es indispensable, para lo cual es necesario tallarlas en un grado tal que va a producirse la exposición de la pulpa a fin de lograr uniformidad del arco. En estos casos la conductoterapia es la solución, seguida de la colocación de una restauración que vaya a tener la misma altura y forma de las piezas restantes.

(Entscado. per «Temas Odont.», 86, 1957. Siguen 12 citas bibliog.)

FUNDENTE

La solución acuosa de bórax con el agregado de un poco de jabón sintético, produce hermosas soldaduras de oro. Se humedece la parte a soldar con la mezcla, se calienta la pieza hasta que termine la deflagración del fundente, se agregan los trocitos de soldadura y se realiza la fusión.