

# Principios terapéuticos en rehabilitación oral

VARTAN BESHNILIAN

Facultad de Odontología (Cátedra de Operatoria Dental), Universidad de la República, Montevideo, Uruguay.

El objetivo de la rehabilitación oral es restaurar y asegurar la salud biológica funcional y la estética del sistema estomatognático o aparato bucal; incluye procedimientos terapéuticos de diversos tipos: terapia sistémica, terapia quirúrgica, terapia periodontal, terapia neuromuscular, terapia articular, y la rehabilitación oclusal.

El *primer principio clínico* terapéutico, establece que cada Clase de disfunción, tiene precisamente indicados sus procedimientos terapéuticos.

En la Clase I, maloclusión funcional sin secuelas, los principios clínicos terapéuticos indican: 1) Una oclusión alterada pero fisiológicamente compensada, no debe ser modificada. 2) Pero si en esa oclusión fuera necesario realizar restauraciones individuales múltiples o prótesis fijas o removibles, debe entonces encararse la rehabilitación oclusal total. Porque la clínica demuestra que muchas veces, la introducción de elementos restauradores en una oclusión compensada, es capaz de crear condiciones funcionales que rompen el equilibrio biológico previamente logrado. Al actuar extensamente sobre la maloclusión funcional, debemos asegurarnos entonces, de ofrecer al término de nuestras restauraciones y a largo plazo, una oclusión funcional, es decir, realizar una rehabilitación oclusal.

En la Clase II, con trauma periodontal de oclusión, en todos los casos la rehabilitación oclusal es un procedimiento terapéutico de rigor. Cuando la maloclusión funcional es el factor etiológico primario, el solo hecho de su corrección, termina con el proceso patológico incipiente. Si la maloclusión funcional es un factor agravante, el tratamiento del factor etiológico de la enfermedad periodontal cualquiera que sea, requerirá el tratamiento conjunto de la oclusión. Y si, además, se presenta el bruxismo, se tratará simul-

táneamente el problema oclusal, el problema periodontal, y el problema psíquico o **neu-rótico**, éste por la terapia neuromuscular correspondiente.

En la Clase III, con alteraciones neuromusculares, los procedimientos terapéuticos deberán dirigirse a la rehabilitación oclusal y a la terapia neuromuscular. Aisladamente ninguna de las dos terapias es suficiente; complementándose, conducen al éxito. Los principios clínicos terapéuticos establecen que en primer lugar, por medio de terapias neuromusculares conducentes a la eliminación del dolor y del espasmo, se debe lograr la normalización del funcionamiento del mecanismo neuromuscular, para después planear y realizar la rehabilitación oclusal, que es en definitiva la verdadera terapia etiológica.

En la Clase IV, con artrosis o síndrome dolor-disfunción de las ATM, los principios clínicos terapéuticos indican que el tratamiento deberá ser dirigido en tres direcciones: 1) terapia directa de las articulaciones, para aliviar el dolor y mejorar las condiciones biológicas íntimas de los tejidos; 2) terapia neuromuscular, para eliminar el dolor y el espasmo muscular que siempre acompañan este síndrome; y 3) la rehabilitación oclusal que asegure el equilibrio funcional del sistema.

Otro principio clínico terapéutico en estos casos de artrosis de la ATM, es que los procedimientos conservadores conducen normalmente a la curación total, siendo excepcional la necesidad de terapias quirúrgicas.

De modo que como principio clínico terapéutico general en rehabilitación oral, podemos decir que cuando hay maloclusión funcional sin secuelas, la rehabilitación oclusal resuelve el caso. Y en los casos en que existen severas secuelas patológicas en el periodonto, en la ATM o en el mecanismo neuromuscular, se deberá hacer el tratamiento

local de esas estructuras, reduciendo al mínimo posible la anormalidad existente, y después, por medio de la rehabilitación oclusal, dar el toque final a la normalización total del funcionamiento del sistema estomatognático, función normalizada que asegurará la salud biológica de los tejidos involucrados.

Se comprenderá pues, la importancia fundamental de la rehabilitación oclusal.

#### PRINCIPIOS CLINICOS EN REHABILITACION OCLUSAL

La rehabilitación oclusal logra su objetivo básico, que es la obtención de una oclusión dentaria funcional, por tres vías fundamentales: I) Desgaste selectivo, II) Ortodoncia y/o Ortopedia, y III) Reconstrucción Oclusal; algunas veces, por una sola de estas vías, pero en la mayoría de los casos, por combinaciones adecuadas de estos procedimientos.

##### I) DESGASTE SELECTIVO

El desgaste selectivo es un procedimiento sencillo y muy efectivo de rehabilitación oclusal; en algunos casos constituye por sí solo la única terapéutica requerida, y en otros, colabora en forma decisiva en el plan de tratamiento, tanto en su iniciación, en su evolución, como en la etapa final. El primer principio clínico del desgaste selectivo, exige que se realice en dos etapas bien definidas.

La primera consiste en el desgaste selectivo en relación céntrica. Puesto que todos los movimientos mandibulares friccionales comienzan y terminan en la oclusión máxima, el punto de partida para el equilibrado oclusal es el remodelado de los dientes, de modo que "la oclusión máxima se produzca en armonía con la relación céntrica mandibular". Esta condición es imprescindible para que las ATM y toda la neuromusculatura del aparato bucal puedan funcionar en la plenitud de su salud biológica.

Una vez localizada la interferencia cuspídea que impide a la mandíbula cerrar en su correcta oclusión céntrica, llevándola a una posición excéntrica en busca de la oclusión máxima, surge el problema de cuál de las dos superficies en contacto debe desgastarse. El principio clínico del desgaste selectivo en relación céntrica establece lo siguiente: debe tallarse aquella superficie dentaria menos útil en las fases articulares; desgastar las vertientes o planos, y nunca las cúspides.

La segunda etapa del equilibrado oclusal por desgaste selectivo se refiere a las trayectorias o fases articulares; lateral de trabajo, lateral no funcional o de balance, y protrusiva. En todos ellos debe aplicarse un principio clínico básico; no tocar aquellos puntos de contacto que mantienen la oclusión máxima.

Establezcamos sintéticamente los objetivos y principios clínicos del desgaste selectivo, en cada una de las fases articulares.

a) Fase lateral funcional o de trabajo. Los objetivos del desgaste son: 1) Distribuir las fuerzas oclusales al máximo de dientes; 2) Obtener trayectorias funcionales sin interferencias; 3) Obtener el máximo de fuerzas axiales y el mínimo de fuerzas laterales.

Los principios clínicos del desgaste en la fase funcional son: 1) Respetar los puntos de contacto en oclusión céntrica. 2) Desgastar los planos internos de las cúspides vestibulares superiores, y los planos internos de las cúspides linguales inferiores (principio Bull). 3) En los caninos, respetar el punto más bajo del contacto en oclusión céntrica del canino inferior, y desgastar ambos.

b) Fase lateral no funcional o de balance. Los objetivos del desgaste son: 1) Eliminar las interferencias cuspídeas que impiden la trayectoria friccional suave en el lado funcional. 2) En los casos indicados, obtener trayectorias friccionales armónicas con las del lado funcional. Los principios clínicos del desgaste en la fase no funcional son: 1) Procurar que no haya contacto entre ambos maxilares; 2) Cuando ambas cúspides en contacto son fundamentales para mantener la oclusión céntrica, se desgastará sólo una de ellas.

c) Fase protrusiva. Los objetivos del desgaste en la fase protrusiva son: 1) Distribuir las fuerzas oclusales al máximo de dientes. 2) Obtener trayectorias friccionales sin interferencias. 3) Hacer compatible los objetivos anteriores con la estética.

Los principios clínicos del desgaste en la fase protrusiva, son: 1) En los dientes anteriores, desgastar las superficies palatinas superiores, desde el punto de contacto en oclusión céntrica hacia incisal. 2) Obtener el mayor contacto entre los bordes incisales superiores con los bordes incisales inferiores.

El ajuste oclusal por desgaste selectivo, ha adquirido un valor tan trascendente en el tratamiento y en la prevención de las

disfunciones del aparato bucal, que obliga a todo odontólogo general a conocerlo y practicarlo.

## II. ORTOPEDIA Y/O ORTODONCIA

Esta fundamental disciplina de nuestra profesión, tiene una enorme responsabilidad en el objetivo de lograr una oclusión funcional, debiendo actuar en dos etapas diferentes, pero ambas básicas, en la vida de la dentición humana. 1) En la época de desarrollo y crecimiento, debe utilizar todos los medios a su alcance para que la dentición llegue a su plenitud o desarrollo total, en condiciones morfológicas, estéticas y funcionales óptimas y 2) en la época adulta, debe tratar de lograr estos mismos objetivos en casos que no se hubiera actuado en la época indicada, o en casos en que una dentición primariamente correcta hubiera entrado por diversas causas en el terreno de la anormalidad fisiológica; esto es, Ortodoncia y Ortopedia en Rehabilitación Oral.

Los procedimientos ortodónticos deben ser separados en dos grupos: ortodoncia mayor y ortodoncia menor. Sus límites no son precisos, pues están fijados por los conocimientos de cada práctico general. Cada odontólogo debe establecer qué procedimientos ortodónticos puede él realizar con éxito, y cuándo debe enviar el caso al especialista. Lógicamente los casos de maloclusión general con malas relaciones de los maxilares y denticiones, requieren un tratamiento especializado. Pero existen muchos casos de malas relaciones dentarias individuales, en que el práctico general puede y "debe" realizar el tratamiento. Es en este tipo de terapia ortodóntica precisamente que la profesión está en deuda con el público. El caso no se considera suficientemente grave para recibir un tratamiento especializado, y se desatiende el problema funcional, o se trata de resolverlo por otros medios (por ej. protésicos), con evidentes desventajas para la salud futura de esa boca.

La ortodoncia menor tiene múltiples e importantes indicaciones (estéticas, preventivas, protésicas, periodontales); a pesar de ello, y muy lamentablemente, es uno de los procedimientos más descuidados y menos conocidos y empleados por el práctico general.

Pero en lo que quiero poner mayor énfasis es en que tanto esta ortodoncia menor realizada por el práctico general, como de ma-

yores alcances que ejecuta el especialista deben enfocarse a la luz de los conceptos funcionales. Difícilmente podríamos aceptar como correctos los tratamientos ortodónticos que a su término, dejan establecidas maloclusiones funcionales con grandes posibilidades patogénicas sobre otros integrantes del sistema estomatognático (ATM, periodonto, músculos). La etapa final de todo tratamiento ortodóntico debe ser un minucioso análisis funcional de la oclusión, y ante la presencia de interferencias cuspidéas, realizar el desgaste selectivo que asegure en definitiva, la obtención de una oclusión morfológica, estética, y funcionalmente correcta.

Los procedimientos ortodónticos y ortopédicos tienen misiones específicas dentro del campo de la rehabilitación oclusal: 1) corregir malposiciones mandibulares; 2) corregir malrelaciones de arcadas dentarias con respecto a maxilares; 3) corregir malrelaciones de las arcadas dentarias entre sí, y 4) corregir malposiciones dentarias.

## III. RECONSTRUCCIÓN OCLUSAL

Se agrupan bajo la denominación de Reconstrucción Oclusal, todos aquellos procedimientos de rehabilitación oclusal que logran sus objetivos por medio de restauraciones o reposiciones de los tejidos duros dentarios.

1. *Operatoria Dental.* Las restauraciones dentarias individuales, son práctica odontológica "de todos los días", por lo que merecen nuestra máxima atención. Los principios clínicos que deben orientar nuestro trabajo son los siguientes: 1) en los casos funcionalmente normales, asegurar la obtención de una restauración que armonice con el resto de la oclusión; 2) en casos de oclusión alterada, corregirla en base a la misma restauración y si es necesario con la ayuda del desgaste selectivo y/o ortodoncia previas, y así prevenir posibles graves secuelas en el aparato bucal, y 3) en casos de trauma periodontal, espasmos musculares, bruxismo, síndrome dolor-disfunción de la ATM; esta operatoria dental funcional se constituye en un excelente y eficaz procedimiento terapéutico de rehabilitación oral.

La operatoria dental funcional puede requerir, en algunos casos, técnicas e instrumental adecuados; por ejemplo, si se desean realizar simultáneamente varias restauracio-

nes. Pero en general, lo fundamental es que el realizador actúe con la idea de restaurar una función.

2. *Prótesis fija.* La importancia etiopatogénica de la pérdida de piezas dentarias no radica tanto en el hecho en sí, sino en las repercusiones que produce en los dientes vecinos y antagonistas, en los tejidos de soporte, en los músculos y/o en las ATM. Al realizar una prótesis fija debemos enfocar el caso no como una simple restitución de función de una oclusión alterada", y por ese medio evitar o curar alteraciones severas en la fisiología de todo el aparato bucal.

Antes de iniciar un trabajo de prótesis fija, debemos prestar la máxima atención a la normalización del plano o curva oclusal de los dientes remanentes, y a la eliminación de todas las interferencias cuspideas. Pueden ser necesarios procedimientos ortodóncicos, desgaste selectivo casi siempre, y a veces trabajos de Operatoria para reconstruir los antagonistas. En oclusiones muy deterioradas, el montaje de modelos de estudio en articulador adaptable es un principio clínico muy importante. Es muy difícil formarse una visión de la oclusión planeada directamente en la boca; en cambio, con la ayuda del articulador, es posible hacer desgastes amplios, valorar si ello producirá o no la pérdida de la pulpa dentaria, cambiar de posición dientes, crear curvas de oclusión que armonicen con la trayectoria condílea particular del paciente, analizar cual deberá ser el "overbite" y el "overjet" en los dientes anteriores, en relación a la curva oclusal y a la inclinación de la trayectoria condílea, etc. Y encerando luego los modelos tallados y preparados en el articulador, se podrá tener una visión exacta de la futura prótesis, tanto en lo que se refiere a la estética como y fundamentalmente, en todo lo referente a su función.

Otro principio clínico de la prótesis fija en rehabilitación oclusal, es que tanto en casos de simple maloclusión funcional como en casos de severas secuelas patológicas en el aparato bucal, el articulador altamente adaptable es imprescindible en casi todos los casos.

Y siempre, indefectiblemente al término de toda prótesis fija, deberá controlarse la funcionalidad de la oclusión, y hacer los retoques necesarios por desgaste selectivo, para que la prótesis y el resto de la dentición formen una sola unidad funcional.

3. *Prótesis parcial removible.* Todo lo dicho sobre prótesis fija puede aplicarse a la prótesis parcial removible. En este último caso, las condiciones biológicas de la dentición remanente hacen más difícil su conjunción con la prótesis. Los dientes retenedores de una prótesis parcial removible, deben soportar fuerzas menos tolerables en intensidad y dirección. En los casos de extremo libre, las condiciones biológicas de los dientes retenedores, están más comprometidas aun. Deberá prestarse la máxima atención al estudio del caso y a la búsqueda de soluciones para disminuir al mínimo las fuerzas laterales sobre los dientes pilares. Los factores oclusales tanto de la dentición remanente como de la propia prótesis, deberán ser estudiados y resueltos al mínimo detalle. Las conexiones rígidas, preferidas en tramos cortos de extremo libre y paradencios fuertes, deben dejar lugar a las conexiones articuladas en casos de tramos largos y/o paradencios lábiles.

En prótesis parcial removible se acepta unánimemente que el factor determinante del éxito o fracaso del aparato y de la corta o larga vida de los dientes retenedores, es la oclusión.

4. *Férulas.* La técnica de ferulización (unión de varias piezas dentarias) se emplea en rehabilitación oclusal en forma fija o removible, temporaria o permanente. Las férulas removibles temporarias (placas oclusales, placas protectoras, goteras oclusales), se utilizan como primera etapa en el tratamiento de las alteraciones neuromusculares como el bruxismo, y en el síndrome dolor-disfunción de las ATM. Las férulas fijas permanentes constituyen un procedimiento muy eficaz en el tratamiento de alteraciones periodontales, siempre que cumplan en armonía, las exigencias funcionales.

5. *Restauración de la dimensión vertical.* Es éste un procedimiento de rehabilitación oclusal generalmente complejo. Pero además de la perfección técnica exige un juicio clínico exacto en la determinación del nuevo espacio libre obtenido por la rehabilitación oclusal. Un espacio libre patológico de 10 ó 12 mm ¿a cuánto debe reducirse? ¿a 5,3 ó 6 mm? Ello surgirá del análisis de varios factores: edad del paciente, cantidad perdida de dimensión vertical, evolución del proceso patológico originario, relación corona-raíz, estado paradencial, capacidad reaccional del individuo, factor óseo, grado de maloclusión.

estética, etc. Y muchas veces, lo más seguro es insertar férulas oclusales con una altura aproximada a la que pensamos debe ser, y estudiar las reacciones y adaptaciones de la neuromusculatura, agregando o desgastando, hasta que al cabo de un mes, el "confort" del paciente nos orientará al espacio libre indicado.

### CONCLUSIONES

La ciencia odontológica actual acepta en forma unánime y terminante, la existencia de una unidad biológica oral de carácter funcional denominada aparato bucal o sistema estomatognático. Sus constituyentes fisiológicos básicos (oclusión dentaria, periodonto, ATM y mecanismo neuromuscular) están íntimamente relacionados en su biología normal y en su patología. Las alteraciones de estructura, conformación y/o función de una parte, afectan la estructura, conformación y/o función de otras partes.

Al actuar sobre la oclusión dentaria, el odontólogo debe tener siempre presente que puede afectar para bien o para mal, a los demás integrantes del sistema. Al hacer Operatoria Dental o Prótesis, actividad profesional de "todos los días", el odontólogo general debe tener una actitud mental y debe emplear procedimientos técnicos tales, que aseguren en todos los casos, la conservación o la rehabilitación de la Función Oclusal Normal.

Los procedimientos de rehabilitación oclusal (desgaste selectivo, ortodoncia menor y reconstrucción oclusal), deben ser del dominio del odontólogo general. Los principios básicos fisiológicos, patológicos, diagnósticos y terapéuticos, que rigen la rehabilitación oral, y los procedimientos técnicos funcionales de la rehabilitación oclusal, constituyen los sólidos cimientos sobre los que se eleva la odontología actual, para alcanzar su objetivo fundamental: la conservación de la dentición natural en función, hasta el final de la vida misma.

### REFERENCIAS

1. ALEXANDER, C.: *Movement of the condyle from rest position to initial contact and full occlusion*. J. Amer. Dent. Ass. 45 : 284.
2. BERRY, D. C.: *The use of the bite-raising appliance*. D. Practitioner 6 : 145, Feb. 1959.

3. BERTUCCI, A.: *Ortopedia funcional de los maxilares*. Odon. Uruguaya, 63 : 1007, Jun Set. 1960.
4. CARRANZA, F. A.: *Conceptos básicos sobre prótesis en el paradentósico*. Rev. Asoc. Odont. 42 : 177, Mayo 1954.
5. COHN, L. A.: *La rehabilitación oclusal y el problema periodontal*. En Glickman, Periodoncia Clínica 1954.
6. FISH, F.: *Role of partial prosthesis in the repair of the damaged masticatory mechanism*. Intern. D. J. 362, 1958.
7. HAUPL, D.; GROSSMAN, L. and CLARCKSON, P.: *Ortopedia funcional de los maxilares*. Ed. Mundi.
8. HELD, A. et CHAPUT, A., *Les parodontolyses*. Ed. Prêlat. Paris. 1958.
9. INGLE, J. I.: *Determination of occlusal discrepancies*. J. Amer. Dent. Ass. 54 : 6, 1957.
10. JANKELSON, B.: *Technique for obtaining optimum functional relationship for the natural dentition*. D. Clin. North Amer. 131, March 1960.
11. KAZIS, H.: *Functional aspects of complete mouth rehabilitation*. J. Prosth. D. 4 : 833, 1954.
12. KAZIS, H. y KAZIS, A.: *Rehabilitación oral completa mediante prótesis de puentes y coronas*. Ed. Bibliográfica Arg. Bs. As., 1958.
13. LAURITZEN, A. G.: *Fuction, prime object of restorative dentistry: a definitive procedure to obtain*. J. Amer. Dent. Ass., 42 : 425, May 1951.
14. LINDBLOM, A. G.: *The value of bite analysis*. J. Amer. Dent. Ass., 48 : 657, 1954.
15. MOULTON, G. H.: *Centric occlusion and free-way space*. J. Prosth. D., 7 : 209, 1957.
16. NADLER, S. C.: *Detection and recognition of bruxism*. J. Amer. Dent. Ass., Oct. 1960.
17. OSBORNE, J., BRILLS, N. and LAMIE, G. A.: *Partial dentures*. Intern. D. J. 7 26 March 1957.
18. POSSELT, U.: *Occlusal rehabilitation*. D. Pract. IX : 255, June 1959.
19. POSELT, U. and EMSLIE, R. D.: *Occlusal disharmonies and their effect on periodontal diseases*. Intern. D. J., 9 : 367, Sept. 1959.
20. PRITCHARD, SIMON and HOIMER: *Periodontal prosthesis in occlusal trauma*. J. Period., 29 : 131, 1958.
21. ROMANELLI, J. H.: *Periodoncia y operatoria dental*. Rev. Asoc. Odont. Argent., 47 : 1 : 1-16, En. 1959.
22. SCHOPPER, A. F.: *Loss of vertical dimension causes and effects; diagnosis and various recommended treatments*. J. Prosth. D., 9 : 428, 1959.
23. SCHREIBER: *Occlusal adjustment through selective grinding and solinting*. J. Amer. Dent. Ass., 1179, Dec. 1960.
24. SCHUYLER, C. H.: *Fundamental principles in the correction of occlusal disharmony, natural and artificial*. J. Amer. Dent. Ass., 22 : 1193, July 1935.
25. SCHUYLER, C. H.: *Factors of occlusion applicable to restorative dentistry*. J. Prosth. D., 3 : 772, 1954.
26. SORRIN, S.: *The practice of periodontia*. Blakiston Div. McGraw-Hill Book Co. Inc., U.S.A.