

Secuencia de los controles funcionales en reconstrucción oclusal

ODONTOLOGIA
RESTAURADORA

Dra. EMA TRABEL de PERETTA (*)

El sistema estomatognático, eje alrededor del cual gira nuestro enfoque actual odontológico, es una unidad biológica real integrada por cuatro elementos: 1) oclusión dentaria, 2) periodonto, 3) articulación témporo-mandibular y 4) mecanismo neuromuscular.

La relación e interdependencia entre los cuatro elementos del sistema estomatognático es tal, que la alteración de cualquiera de ellos traerá aparejada siempre, una respuesta en los demás integrantes.

Algunas veces, frente a una interferencia oclusal, el mecanismo defensivo se pone en marcha. Los propioceptores tisulares dan la alarma al sistema nervioso central, el cual por un mecanismo reflejo dará la respuesta adecuada, modificando morfológica y funcionalmente las estructuras involucradas. Se produce así una adaptación o compensación fisiológica del sistema estomatognático, que le permite mantener su equilibrio funcional.

Otras veces esta adaptación no se produce, ya sea porque el aviso no llega al sistema nervioso central y no hay por lo tanto respuesta (disfunción pura), o porque ese aviso llega en forma exagerada, y hay como respuesta una hiperactividad muscular casi constante, que producirá severos daños en alguna parte del sistema estomatognático (disfunción patogénica).

Hablamos de "un sentido oclusal negativo" cuando si bien existen alteraciones oclusales, éstas no producen ni adaptación fisiológica ni alteración patológica en los demás integrantes del sistema; y de "sen-

tido oclusal positivo" cuando a punto de partida de una interferencia oclusal se producen severas alteraciones en otras partes del sistema, sea periodonto, articulación témporo-mandibular, o la propia dentición.

Lo que nos determinará que el "sentido oclusal" de nuestro paciente sea positivo o negativo será un factor a tener siempre presente, la tensión psíquica o stress.

El mecanismo neuromuscular disturbado por esa tensión psíquica aumenta o disminuye su umbral de excitabilidad originando las respuestas ya mencionadas.

Al encarar el problema de la reconstrucción oclusal en cada uno de nuestros pacientes, debemos tener siempre presente que actuamos sobre la oclusión dentaria, y a través de ella sobre las demás estructuras que componen el sistema estomatognático y que ese sistema forma a su vez parte de un todo, el individuo, quien posee un psiquismo cambiante, por lo que nuestras acciones deben ser siempre dirigidas a mantener una normalidad existente o a corregir las anormalidades presentes aun cuando no hayan llegado a producir daños, pues nada nos puede asegurar que ese paciente con un sentido oclusal negativo, no adquiera sentido oclusal positivo transformando una ignorada interferencia oclusal en una patogénica desarmonía oclusal.

Lógicamente, que no siempre iremos a un desgaste selectivo cuando localizamos una interferencia oclusal, si su eliminación requiere gran desgaste de estructura dentaria, y si lo que vamos a restaurar es una sola pieza.

Pero si vamos a instalar varias restauraciones o realizar reposiciones de piezas, debemos considerar como imprescindible

* Adjunta de Operatoria Dental 2º. Facultad de Odontología, Montevideo.

el desgaste selectivo previo, aun cuando sea necesaria la eliminación de mucha estructura dentaria para lograr nuestro objetivo. Ese paciente frente a las restauraciones o reposiciones instaladas va a cambiar su sentido oclusal y su reacción podrá ser o no favorable; nuestra acción debe ir dirigida siempre a lograr una normalidad funcional.

Por lo tanto, el primer paso consiste en determinar el estado del sistema estomatognático de cada paciente, si es normal o si existe disfunción oclusal y de que tipo: pura o patológica.

Frente a un paciente con función oclusal normal, iremos a la odontología restauradora, buscando no alterar en lo más mínimo la normalidad presente.

Cuando del examen funcional de la oclusión surge que estamos frente a una disfunción oclusal pura iremos a la realización de la rehabilitación oclusal teniendo como objetivo final de nuestro trabajo rehabilitador, lograr los cinco requisitos de la oclusión ideal.

Si nos condujera ese examen funcional a diagnosticar una disfunción oclusal patogénica debemos profundizar hasta encontrar las verdaderas causas determinantes del estado actual y en que grado se encuentran alterados los componentes del sistema estomatognático.

Nuestro tratamiento en estos casos irá dirigido a cortar el círculo vicioso patogénico, eliminando los factores etiológicos desencadenantes, curando las lesiones provocadas por el desequilibrio funcional del sistema y aumentando la capacidad reaccional defensiva general por eliminación de los factores sistémicos si éstos existieran. Iremos a una rehabilitación oral. Recién entonces, cuando los constituyentes fisiológicos del sistema estomatognático hayan vuelto a la normalidad podremos encarar la reconstrucción oclusal, cuyo objetivo será el de completar y hacer permanente el éxito obtenido por las terapias periodontal, neuromuscular o articular aplicadas.

Es fundamental en estos casos el estudio de los modelos articulados, montados en articuladores adaptables, sobre los que me-

dante desgastes y encerados lograremos formarnos una visión de lo que podremos lograr de esa oclusión, sobre todo en lo referente a la función.

En el planeo del tratamiento debemos tener en cuenta, no sólo las restauraciones a realizar sino el orden en que éstas deben realizarse.

Siempre tener en cuenta en la realización de reconstrucciones oclusales extensas, que las posteriores deberán preceder a las anteriores a fin de lograr un plano oclusal estable previo a la instalación de las restauraciones anteriores. A veces podemos realizarlas en forma simultánea, pero nunca preceder las anteriores a las posteriores.

Llamamos reconstrucción oclusal a la parte de la rehabilitación oclusal que logra sus objetivos por medio de restauraciones o reposiciones de los tejidos duros dentarios perdidos. Lo logramos por procedimientos de operatoria dental, prótesis fija y removible, y ferulizaciones.

Como materiales restauradores debemos utilizar solamente aquellos que nos aseguren una permanencia de los resultados obtenidos en el tiempo; por lo tanto sólo nos referimos al oro y a la porcelana.

Realizado un correcto planeo de tratamiento, el paso siguiente será el tallado cavitario, el cual seguirá los principios de la operatoria dental clásica. Completadas las preparaciones cavitarias pasaremos a controlar sus relaciones con las piezas antagonistas, no solamente en oclusión céntrica, sino en todas las fases excursivas: retrusiva, lateralidad, balance y en los casos necesarios, protrusiva.

Ese control se realiza en forma visual sobre las cúspides vestibulares, y por medio de mordidas en cera sobre las cúspides palatinas o linguales talladas, en cada una de las fases articulares.

Cuando las razones de resistencia parietal exijan la presencia de un reforzado oclusal, considerar su espesor en cada fase funcional. Lo mismo sucede en las preparaciones para coronas fundas de porcelana donde, por no realizar un correcto análisis del tallado del muñón en las diferentes posiciones

funcionales arriesgamos la resistencia total de la restauración por tener que poseer esa porcelana como factor primordial para su resistencia, un adecuado y uniforme espesor.

En caso de realizar coronas ceramo-metálicas, sean éstas individuales o formando parte de una prótesis fija, considerar los dos espesores, metal y porcelana, lo que implica un mayor desgaste en oclusal de los muñones dentarios. En ciertos casos podremos dejar metal al descubierto por razones de retención del muñón (muñones cortos) pero esa circunstancia debe ser prevista por el profesional y conocida por el paciente previa a la confección del trabajo.

Realizando adecuados controles, que sistematizados sólo insumirán escasos minutos, lograremos evitar las tan frecuentes perforaciones oclusales de las incrustaciones durante el control funcional de los colados en boca, o el fracaso de las restauraciones en porcelana (fracturas) o de las porcelanas fundidas sobre metal (visibilidad del metal, fracturas de la porcelana, cambios de matices, etc.).

Claro que mucho peor será que estas contingencias no se presentasen y que instalemos las restauraciones sin descubrir las interferencias que ellas crearán sobre esa oclusión.

Completados los tallados, tomamos las impresiones cavitarias usando las técnicas más adecuadas al caso, y en esa misma sesión obtendremos los registros interocclusales, que deberán ser tanto más exactos y complejos de acuerdo: a) 1º) el número de piezas talladas, 2º) presencia o no de disfunción oclusal, 3º) de que conserven o no sus cúspides las piezas talladas.

a) Cuando vamos a restaurar una sola pieza, bastará con registrar la posición intercuspil de la zona, montando luego en un oclisor.

b) Si las restauraciones fueran varias, consideraremos la presencia o no de cúspides. De conservarse las mismas, registraremos como en el caso anterior. De requerirse el remodelado cuspidado, tratándose de una o dos piezas, y frente a un paciente que consideramos de función oclusal nor-

mal, bastará con ese registro de la posición intercuspil. El modelado posterior de las ceras las realizaremos con excesos en las cúspides funcionales, ajustando luego mediante desgastes en boca de las incrustaciones.

c) Pero si fueran varias las preparaciones que no conservan sus cúspides, agregamos al registro de oclusión, máxima, el de la trayectoria funcional de la oclusión, utilizando para el montaje el articulador doble de Moore.

Cuando las preparaciones son para pilares de prótesis fija de poca extensión rigen iguales principios, siempre considerando una función oclusal normal, aunque tomando como precaución que el montaje sea de las arcadas completas.

d) Si lo que vamos a realizar es una reconstrucción oclusal en un paciente con disfunción oclusal patogénica en el que constituye el último eslabón de una cadena que tendrá por finalidad eliminar toda posibilidad de que surjan desarmonías oclusales que mantengan la hiperactividad muscular patogénica, debemos en estos pacientes, cualquiera sea el número de piezas a reponer o restaurar, tomar el máximo de precauciones para lograr una armonía funcional total.

Estos casos requerirán por lo tanto, montaje en articuladores adaptables, con localización del eje de bisagra individual de cada ATM mediante el uso de arco facial cinemático y tomando mordidas en cera en relación céntrica, protrusión, y el grado de inclinación sagital de esas trayectorias (ángulo de Bennett), con mordidas en lateralidad. El montaje se hará sobre la base de la mordida en relación céntrica, buscando luego que entre esa posición y la de oclusión máxima se establezca un deslizamiento libre sin interferencias.

Aun cuando no estemos frente a un caso de disfunción oclusal patológica, si lo que vamos a realizar son restauraciones extensas que abarquen prácticamente toda una arcada, los cuidados deben ser exactamente los mismos para asegurar el logro del éxito a largo plazo de nuestras reconstrucciones oclusales.

Quiero recalcar una vez más la importancia de prestar a estos registros el máximo de cuidados en su obtención, buscando en cada uno de ellos la mayor exactitud.

Esta sesión clínica debe completarse en los casos que así lo requieran, con la confección o la colocación de provisorios ya preparados previamente. Estos nos aseguran en las piezas pulpadas la protección biológica, además mantienen en condiciones de salud las estructuras periodontales e impiden todo tipo de movimientos migratorios por parte de las piezas talladas tanto en sentido oclusal como proximal.

Estos provisorios tan frecuentemente olvidados, serán realizados cuidando de mantener relaciones armónicas tanto con los antagonistas como vecinos en todas las fases funcionales de la oclusión, dotándoles de una anatomía oclusal lo más perfecta posible.

La etapa que sigue es la de laboratorio y consistirá en la confección de los patrones de cera para las incrustaciones coladas. Normalmente no realizamos la prueba de esas ceras en boca, pero en ciertos casos podemos hacerlo cuidando de controlar ajuste de bordes, puntos de contacto y relación con antagonistas en oclusión máxima haciendo realizar al paciente movimientos de cierre hasta sentir "apenas contacto".

En la mayoría de los casos lo que llevamos a boca son los colados ya pulidos (a excepción de las superficies oclusales) y ya controladas previamente sus relaciones oclusales en el oclisor o articulador utilizado.

Si todos los pasos técnicos se realizaron correctamente, una vez logrado el ajuste perfecto de los colados en boca, los retoques necesarios serán mínimos para obtener una correcta relación con los antagonistas en oclusión máxima, por lo que los controles los realizaremos exclusivamente con láminas de ceras finas o barnices detectores, puesto que el grosor del papel de articular nos impedirá la detección de las leves interferencias que puedan presentarse.

Obtenido el contacto simultáneo de todas las piezas en la oclusión máxima, pasamos

a controlar las fases funcionales. Si las cúspides fueran modeladas expreso con exceso, el control deberá realizarse primeramente con papel de articular para terminarlo con láminas finas de cera buscando que los movimientos friccionales se realicen sin interferencias, que no existan contactos en el lado de balance por menor que éste sea, y que en la lateral de trabajo se establezcan contactos entre el máximo número de dientes (función de grupo). El pasaje de la relación céntrica mandibular a la posición intercuspal u oclusión máxima debe realizarse sin ningún tipo de interferencia. Finalmente realizamos además un control de la protrusión.

Si lo que estamos probando es el bizcochado de una corona funda de porcelana, controlaremos en ella solamente estética en cuanto a morfología, color básico, ajuste y relación de contactos interproximales; pero nunca realizaremos controles oclusales funcionales, pues existe el riesgo de fractura de la porcelana sin apoyo firme aún.

En prótesis ceramo-metálicas, el control funcional se realiza sobre el bizcochado, pues la cofia metálica protege de la fractura a esa porcelana. En estos casos, hemos pedido al ceramista que trabaja sobre un oclisor, un modelado en exceso de las cúspides funcionales que previamente a la prueba en boca hemos retocado con los modelos montados, en nuestro articulador adaptable. Por ello los ajustes necesarios de realizar en boca serán menores y los haremos con papel fino (de máquina de escribir) o láminas de cera fina.

Realizamos luego la terminación y pulido de las superficies oclusales en las incrustaciones, o el envío para glaseado de las porcelanas.

El siguiente paso será el cementado. En caso de restauraciones múltiples, éste deberá realizarse en el mismo orden en que fueron probados los colados en boca y no intentar nunca el cementado simultáneo.

El último paso será un nuevo control funcional en el que usaremos ceras finas o barnices detectores, puliendo nuevamente las superficies metálicas oclusales que requieran algún retoque.

En las porcelanas ya glaseadas, se pule cuidadosamente las superficies desgastadas.

Por último, el profesional debe advertir al paciente de que si bien su función oclusal es normal en el momento del cementado, esas condiciones pueden variar; una restauración totalmente correcta del punto de vista funcional puede constituirse con el tiempo en una desarmonía oclusal.

Es por ello necesario realizar controles periódicos o de mantenimiento de esa función oclusal, en forma semestral y con la ayuda del "desgaste selectivo" mantener su normalidad.

CONCLUSIONES.

La actividad del odontólogo sobre la oclusión dentaria debe basarse en un firme conocimiento de las relaciones funcionales normales y patológicas que se establecen entre ellas y los demás integrantes del sistema estomatognático.

Todo procedimiento a realizar sobre la oclusión dentaria, debe involucrar necesariamente un diagnóstico de la función oclusal, la que según sea normal o patológica, determinará que realizaremos odontología restauradora, o rehabilitación oclusal, o rehabilitación oral.

Lógicamente, en casi todos los casos nos

serviremos de los procedimientos de reconstrucción oclusal, sea como única etapa a cumplir, sea como eslabón final de una rehabilitación oral cuidadosamente efectuada.

El control funcional de la oclusión se debe realizar clínicamente durante el tallado cavitario cuidando de llevar al laboratorio registros interoclusales precisos y adecuados al caso a reconstruir que nos permitirán llevar a la boca restauraciones que sólo requieran en boca mínimos retoques para ajustarse a la oclusión existente.

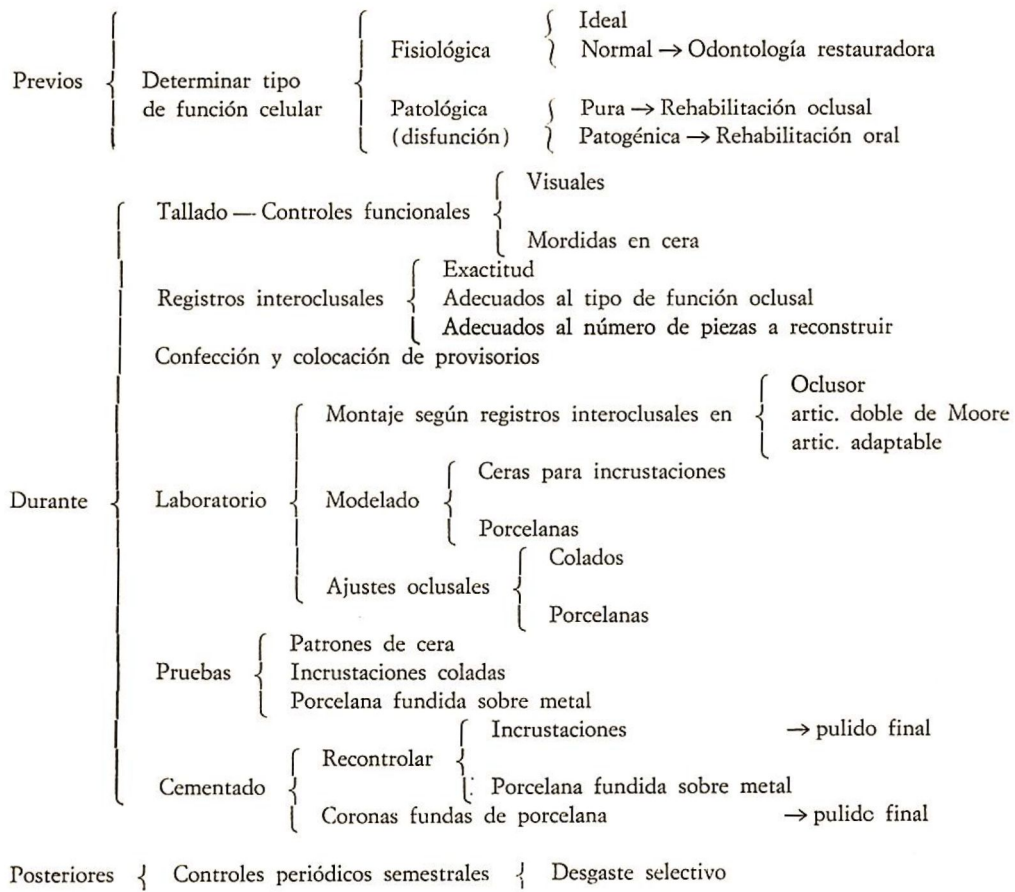
Por último, tener siempre presente que "la oclusión dentaria vive, su forma y función están en constante transformación".

Es por eso que sólo podemos asegurar la permanencia de la normalidad funcional de una oclusión, realizando controles periódicos de la misma y "manteniéndola" con la ayuda del desgaste selectivo.

BIBLIOGRAFIA.

1. BEHSNILIAN VARTAN.— *Oclusión y rehabilitación*. 2ª Edición. Montevideo, 1974.
2. BEHSNILIAN, VARTAN.— *Comunicación personal*.
3. KORNFELD, MAX.— *Rehabilitación bucal. Procedimientos clínicos y de laboratorio*. Ed. Mundi. Buenos Aires, 1972.
4. POSSELT, ULF.— *Fisiología de la oclusión y rehabilitación*. Ed. Beta. Buenos Aires, 1964.

Secuencia de los controles funcionales en reconstrucción oclusal



Corresponde a Tema de pág. 31.-