

Tratamiento Odontológico Conservador de la Articulación Temporo-mandibular*

Dr. VARTAN BEHSNILIAN**

Montevideo - Uruguay

La patología estructural y funcional de la ATM es variada: trastornos congénitos (agenesia o disostosis mandíbulo-facial), trastornos de desarrollo (hipoplasias, hiperplasias), luxaciones y subluxaciones, artritis reumática, diversas artritis infecciosas (por vecindad o por vía sanguínea), anquilosis, fracturas, tumores. Todos estos procesos patológicos juntos, apenas representan el 10 por ciento de los casos de alteraciones de la ATM; su tratamiento es fundamentalmente médico y quirúrgico. Mientras que la Artrosis o Síndrome Dolor-Disfunción representa por sí sola el 90 % y su tratamiento es netamente odontológico. Como el diagnóstico diferencial es simple, aquellos casos serán enviados al especialista correspondiente; pero el odontólogo tiene la responsabilidad y el deber de tratar y con criterio conservador, los casos de artrosis; es decir, el 90 % de los mismos.

La Artrosis de la ATM es una lesión degenerativa, trófica, no infecciosa de los tejidos íntimos articulares, iniciada por un auto-trauma intrínseco crónico (micro-trauma del cóndilo sobre los de-

más tejidos), causado por cambios patológicos en la función de la oclusión dentaria, y caracterizada por un síndrome de "dolor intenso, ruidos articulares, y disfunción mandibular". Las estructuras óseas y el fibrocartilago que recubre todas las superficies articulares, son afectadas por las influencias mecánicas provenientes de la oclusión dentaria alterada. Se produce degeneración y reabsorción de los tejidos cartilagosos incluyendo el disco articular, y aposiciones y reabsorciones óseas.

El tratamiento de la Artrosis o Síndrome Dolor-Disfunción de la ATM, debe ser dirigido naturalmente, a la eliminación del dolor sea éste originado en la ATM o en los músculos relacionados, y a la eliminación de la disfunción mandibular, que se manifiesta de diversas maneras (ruidos articulares, limitación de movimientos, subluxaciones, hipermovilidad condilar, etc.). Los procedimientos terapéuticos indicados dependen lógicamente de cada caso en particular; pero es norma que la acción terapéutica se dirija en tres sentidos: a) sobre la propia articulación; b) sobre la neuromusculatura alterada; y c) sobre la oclusión dentaria, que es en definitiva, el factor causal de los procesos patológicos.

* Trabajo presentado en el XIV Congreso Dental Mundial de la Federación Dental Internacional, París, 1967.

** Profesor Adjunto de Operatoria Dental.

CUADRO TERAPEUTICO

I. TERAPIA DIRECTA ARTICULAR

1. Calor húmedo. Máximo reposo.
2. Inyección intra-articular de Impletol.
3. " " " " Hialuronidasa
4. " " " " Córtico-esteroides.

II. TERAPIA NEUROMUSCULAR

1. Del Dolor Muscular.
 - a) Calor húmedo. Rad. térmica. Onda corta. Ultrasonido.
 - b) Pulverización de cloruro de etilo.
 - c) Infiltración de anestésicos.
2. Del Espasmo Muscular.
 - a) Psicológica. — Educación, Auto-sugestión, Hipnosis.
 - b) Farmacológica. — Relaj. musculares, Tranquilizadores.
 - c) Física. — Ejercicios musculares.
 - d) Protésica. — Férulas protectoras, Placas oclusales.

III. REHABILITACION OCLUSAL

1. Desgaste Selectivo.
2. Ortodoncia.
3. Reconstrucción Oclusal.

IV. TERAPIA QUIRURGICA.

I. TERAPIA DIRECTA
ARTICULAR

Quando el paciente llega a nosotros, generalmente después de recorrer varios médicos y especialistas, el proceso está muy avanzado y los dolores son intensos. La primera indicación debe ser en estos casos, el alivio del dolor. Y para ello son muy eficaces las aplicaciones de calor húmedo (fomentos) y el máximo reposo mandibular. Pudiéndose ayudar naturalmente con analgésicos conocidos.

También ha demostrado ser eficaz en esta primera terapia sintomática la inyección dentro de la articulación, de anestésicos de acción retardada a base de novocaína (Impletol), que aunque de acción pasajera (24. 48 horas), producen un alivio del dolor que el paciente agradece.

Las inyecciones intra-articulares de algunas drogas, como la hialuronidasa y el acetato de cortisona,

han demostrado ser muy útiles, a través de una vasta experiencia, en el alivio del dolor y mejoramiento de las condiciones funcionales.

La hialuronidasa está especialmente indicada en los casos de limitación de movimientos; esta enzima disuelve el ácido hialurónico viscoso, denso, existente en las articulaciones afectadas, y lo fluidifica favoreciendo la difusión de este elemento lubricante dentro de la cápsula articular. Debido a la acción de difusión de la hialuronidasa, su uso debe reservarse a los casos en que el diagnóstico es terminante, en el sentido que sólo existe una disfunción, y no una infección de los tejidos articulares.

Las inyecciones intra-articulares de córtico-esteroides similares al acetato de hidrocortisona, son utilizadas por la ciencia médica en todos los procesos artríticos, por su potente acción anti-inflamatoria.

También en el síndrome dolor-disfunción de la ATM, han demostrado su eficacia, en los casos en que hay inflamación articular. En la mayoría de los pacientes, en las primeras 24 horas siguientes a la inyección, no hay alivio, y a veces hay aumento del dolor; pero después del primer día y rápidamente, se observan signos de gran mejoría. Una inyección semanal, mantiene al paciente sin dolor articular, y permite el avance en los procedimientos terapéuticos dirigidos al factor etiológico.

Cuando hay limitación de movimientos e inflamación articular, la inyección simultánea de hialuronidasa y acetato de hidrocortisona, es muy aconsejable. Una mezcla de 0.5 mm. de acetato de hidrocortisona, y 0.5 mm. de hialuronidasa (200 unidades), inyectadas semanalmente, son realmente eficaces en el alivio del dolor y mejoramiento de las condiciones funcionales.

II. TERAPIA NEUROMUSCULAR

El tratamiento neuromuscular debe ser dirigido al dolor y al espasmo.

1. **Terapia del dolor muscular.**— Los intensos dolores que presenta el paciente en quietud, provienen no tanto de la ATM sino de los músculos espásticos, es decir en contracción sostenida sin descanso biológico.

El calor húmedo en forma de compresas calientes (fomentos) aplicado sobre los músculos espásticos dolorosos, al aportar un mayor aflujo de sangre a los vasos dilatados, permite una más rápida eliminación de las toxinas, ayuda a la curación y alivia el dolor. Los fomentos deben ser aplicados durante media hora cuatro veces al día.

El calor seco por radiación térmica, cumple un cometido semejante.

Aplicaciones de onda corta y ultrasonido, son también eficaces al activar la circulación sanguínea y acelerar los procesos reparadores en la intimidad de los músculos afectados.

La pulverización o spray de cloruro de etilo, es usada para interrumpir o cortar el ciclo espasmo muscular —dolor referido— espasmo muscular, brindando un período de tiempo sin dolor, y como consecuencia sin espasmo y sin producción de toxinas. Es muy útil en el tratamiento de los maseteros y temporales, músculos superficiales.

La infiltración de novocaína (procaína) en las áreas de espasmo muscular o mejor en las áreas trigger o desencadenantes del dolor, interrumpe el ciclo espasmo-dolor-espasmo, dando por resultado alivio del dolor y suspensión en la producción de toxinas. Muy buenos resultados se obtienen con el hidrocloruro de procaína al 0.5 por ciento en solución salina. Nunca inyectar en los músculos anestésicos con vasoconstrictor pues producirían isquemia dentro del tejido muscular, evidentemente perjudicial en el proceso de eliminación de las toxinas. Generalmente los músculos pterigoideos, interno y externo, son los que se tratan con las infiltraciones anestésicas, mientras que los temporales y maseteros son tratados con spray de cloruro de etilo.

2. **Terapia del espasmo muscular.**— El espasmo muscular, o sea la contracción sostenida e involuntaria de los músculos, debe ser eliminada: a) porque es fuente productora de dolor, 2) porque el espasmo perpetúa la disfunción del

sistema estomatognático, y 3) porque no permite tomar registros correctos de las relaciones máxilo-mandibulares, imprescindibles para realizar un correcto planeo y ejecución del tratamiento definitivo de la artrosis de la ATM, que es la rehabilitación oclusal.

La importancia de la tensión emocional en la evolución de procesos patológicos no sólo funcionales sino también estructurales, ha sido perfectamente demostrada por la Psicopatología. Toda enfermedad constituye un factor de tensión o Stress, que potencialmente puede traumatizar el equilibrio psíquico del paciente. Y esa tensión emocional agravada o creada por la anormalidad o enfermedad física, puede constituirse en un factor agravante o un obstáculo para la curación de la enfermedad causal. La ansiedad del paciente exagera la sintomatología de la artrosis de la ATM, y da origen a disturbios somáticos más severos. Así, se acepta que en todos los casos muy avanzados o dramáticos de esta afección, existe un fondo psíquico, emocional o neurótico en los pacientes, que generalmente se manifiestan por la existencia del bruxismo; hábito de apretar o frotar los dientes en forma voluntaria o involuntaria, durante el día o durante la noche, con intensidad, duración y constancia. Los espasmos musculares producidos por el bruxismo sólo podrán ser eliminados, si se eliminan o reducen los factores emocionales o neuróticos causales.

Una forma de lograrlo es por medio de la terapia Psicológica. Por la simple educación, pacientes que ni se daban cuenta que apretaban sus dientes, al serles explicados los perjuicios que se están haciendo a sí mismos, cooperan eficazmente en la disminución y con-

trol de los estímulos diurnos. También es eficaz la auto-sugestión: el hacer repetir constantemente, "no debo apretar o no debo frotar mis dientes", produce una real disminución de los estímulos nocivos. La hipnosis, científicamente empleada, ayuda también en esta terapia. En algunos casos severos, la terapia psicológica puede necesitar un estudio profundo de las causas de la intensa tensión emocional en que vive el paciente; y muchas veces una vez descubiertas, son difíciles de eliminar por sus hondas raíces sociales, ocupacionales, económicas, etc.; el psicoterapeuta debe intervenir en estos casos.

La terapia farmacológica del espasmo muscular, ocupa un lugar muy importante en el tratamiento de la artrosis de la ATM. Los relajantes musculares (como el Mephenesin), y principalmente los nuevos tranquilizadores (como el Meprobamato o Equanil, Librium, etc.), al reducir la tensión emocional, reducen el estímulo nervioso que sostiene al espasmo. El meprobamato disminuye la tensión psíquica, mejora la coordinación neuromuscular, no afecta las funciones autónomas, y permite un sueño tranquilo. La dosis inicial debe ser una tableta (400 mg.) tres veces por día, y una tableta al acostarse; la respuesta clínica del paciente determinará si la dosis debe ser ajustada en más o en menos.

El Mephenesin es un relajante muscular, que produce la inactividad de la musculatura estriada reduciendo la excitabilidad refleja de los centros nerviosos. La dosis diaria es una cápsula por 20 kilos de peso. Con el agregado de ácido glutámico, se mejora la absorción del mephenesin; por acción sobre los altos centros nerviosos, hace sentir un bienestar general aliviando toda tensión o ansiedad.

Nosotros preferimos sin embargo, el empleo del Equanil o el Librium porque no afectan el absoluto la actividad normal del paciente.

La terapia física, por medio de ejercicios adecuados, tiene por objeto mantener o recuperar la elasticidad de los músculos, o aumentar la potencia muscular. En los casos de artrosis de la ATM, con limitación de los movimientos mandibulares, los ejercicios son usados por un lado para romper el espasmo muscular, y por otro para mantener o aumentar la capacidad de movimientos fisiológicos normales de la mandíbula. Como los ejercicios deben ser hechos naturalmente sin dolor, muchas veces esa terapia física debe estar acompañada por la pulverización de cloruro de etilo o la infiltración anestésica de los músculos profundos y/o propia articulación.

El ejercicio para recuperar la elasticidad perdida durante el espasmo y para aumentar el grado de apertura bucal, es fundamentalmente un ejercicio de estiramiento. El paciente es instruido para abrir y cerrar la boca en una forma lenta rítmica, unas 10 veces, hasta un grado determinado por la mano o puño del propio paciente. Al tocar el puño, el mentón sube por acción refleja; a medida que se aleja el puño, el esfuerzo para llegar a él es mayor; con ejercicios repetidos, se va aumentando la capacidad de los músculos contraídos para escapar de su inmovilidad o contracción involuntaria. Para el espasmo de los pterigoideos externos, los ejercicios son principalmente de movimientos mandibulares laterales, colocando el puño al costado del mentón.

La terapia protésica, utilizando férulas oclusales protectoras y placas de mordida, al permitir elimi-

nar de inmediato las interferencias cuspídeas o al restaurar una dimensión vertical disminuída, constituye una primera etapa muy eficaz y a veces imprescindible en la terapia de la artrosis de la ATM.

En los casos de desviación mandibular en el plano horizontal, al eliminar la acción de las interferencias cuspídeas que llevan la mandíbula a esa posición patológica, se reducen y muchas veces se eliminan totalmente los síntomas más severos (dolor y espasmos musculares); la mandíbula va volviendo paulatinamente por sí sola a su relación céntrica y el patrón neuromuscular de los movimientos mandibulares es normalizado. El tiempo necesario varía según el grado de alteración, de 2 semanas a 2 meses.

Cuando la desviación mandibular lateral es muy marcada y/o muy antigua, se hace conveniente introducir en la placa oclusal, guías que vayan orientando a la mandíbula en su movimiento de cierre, hacia la posición normal sagital.

En los casos de pérdida de dimensión vertical, muchas veces la consecuencia es artrosis de la ATM; otras veces, no hay alteración patológica, porque el sistema estomatognático exhibe una gran capacidad de adaptación o compensación. Pero en todos los casos, es importante el uso de una placa oclusal provisoria con el levantamiento proyectado de acuerdo a las condiciones presentes; sirve para confirmar el diagnóstico, para aliviar los síntomas cuando existen, para reeducar la neuromusculatura, y para informarnos si la reducción planeada del espacio libre será bien tolerada por los demás elementos del aparato bucal; permitiéndonos así obrar con absoluta seguridad y sin riesgos de error,

en la ejecución de la rehabilitación oclusal.

Hasta aquí pues, tanto por la terapia directa articular como por la terapia neuromuscular dirigida a la eliminación del dolor y del espasmo, hemos hecho terapia sintomática; y hemos preparado el terreno en condiciones óptimas para recibir la terapéutica etiológica y definitiva, que es la rehabilitación oclusal.

III. REHABILITACION OCLUSAL

La rehabilitación oclusal es el conjunto de procedimientos terapéuticos que la odontología utiliza para transformar una oclusión patológica del punto de vista funcional (y patogénica en el caso de Artrosis de la ATM), en una oclusión fisiológicamente normal (Oclusión Funcional). Es decir, incluye todos los procedimientos que tienen por objetivo lograr que la oclusión dentaria reúna las tres condiciones siguientes: 1) contactos máximos interdentarios en las posiciones oclusales fundamentales (céntrica, lateral de trabajo y protrusiva), 2) movimientos mandibulares friccionales libres sin obstáculos interfirientes y con el máximo de superficies de deslizamiento, y 3) relaciones máxilo-mandibulares (referidas al espacio libre interoclusal) que aseguren un perfecto equilibrio neuromuscular.

Estos objetivos son logrados por la rehabilitación oclusal, por tres vías fundamentales: 1) ajuste oclusal por Desgaste Selectivo, 2) corrección de las relaciones mandíbula-cráneo, cóndilo-fosa, interarcadas e interdentarios, por Ortodoncia, y 3) restauraciones y reposiciones de los tejidos duros dentarios perdidos, por Reconstrucción Oclusal.

1. Desgaste Selectivo

Es éste un procedimiento sencillo y muy efectivo de rehabilitación oclusal, que colabora en forma muy eficaz en la terapia de la artrosis de la ATM, tanto en su iniciación, evolución, como en su etapa final. Su técnica y objetivos establecen dos etapas bien definidas. La primera consiste en el desgaste selectivo en relación céntrica; puesto que todos los movimientos mandibulares funcionales comienzan y terminan en la oclusión máxima, el punto de partida para la re-ubicación de la mandíbula es el remodelado de los dientes de modo que "la oclusión máxima se produzca en la relación céntrica mandibular". La artrosis de la ATM es consecuencia del desequilibrio neuromuscular, producto a su vez de una oclusión no céntrica que impide la posición de relación céntrica mandibular. Nuestro primer objetivo debe ser pues, la obtención de una oclusión máxima interdentario en la relación céntrica mandibular.

La segunda etapa del desgaste selectivo, es el equilibrado oclusal en las trayectorias friccionales de la articulación, con la finalidad de obtener: a) en las posiciones fundamentales (lateral de trabajo y protrusiva), máxima distribución de contactos y dirección axial de las fuerzas, y b) en los recorridos o fases friccionales, libertad de movimientos sin interferencias y con el máximo de superficies de contacto.

El valor del equilibrado oclusal por desgaste selectivo, en la prevención y tratamiento de la artrosis de la ATM, como en todas las disfunciones del sistema estomatognático, es tan importante, que obliga al odontólogo general a conocerlo y aplicarlo en todas sus in-

tervenciones sobre la oclusión dentaria (operatoria dental, prótesis, ortodoncia, etc.); lo que significa decir, prácticamente toda la odontología preventiva, conservadora y restauradora.

2. Ortodoncia

Existen casos de artrosis de la ATM, lo mismo que en otras disfunciones del sistema estomatognático, que requieren una corrección de las posiciones relativas de los dientes con sus vecinos y/o antagonistas, corrección de las relaciones de una arcada con respecto a la otra, y/o corrección de las relaciones estáticas y dinámicas de la mandíbula con respecto al cráneo.

La Ortodoncia tiene una enorme responsabilidad en el fundamental objetivo de la Odontología, de lograr un sistema estomatognático que funcione normalmente; debiendo actuar en dos etapas diferentes, pero ambas básicas en la vida de la dentición humana. a) En la época de desarrollo y crecimiento, debe utilizar todos los medios a su alcance para que la dentición llegue a su plenitud en condiciones óptimas morfológicas, estéticas y funcionales. Y b) 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, hubiese entrado en el terreno de la anormalidad funcional, con graves secuelas en diversos integrantes del sistema estomatognático.

En el planeo de tratamiento de las artrosis de la ATM, es muchas veces una necesidad primaria, corregir la posición de dientes, arcadas y/o mandíbula, para luego poder intentar por desgaste selectivo o reconstrucción oclusal, la reha-

bilitación funcional de la oclusión.

Los procedimientos ortodóncicos utilizados en el tratamiento de las disfunciones del sistema estomatognático, podemos separarlos en dos grupos: ortodoncia Mayor, y ortodoncia Menor. Sus límites no son precisos, pues están fijados por los conocimientos de cada práctico general. Lo importante es que el odontólogo tenga conciencia ortodóncica; y sepa qué casos puede él tratar con éxito, y cuándo debe enviar el caso al especialista. Existen muchos casos de malas relaciones dentarias individuales, y aún de malposiciones mandibulares, en que el práctico general puede con métodos sencillos realizar el tratamiento.

El profesional que quiera realizar el tratamiento conservador de la artrosis de la ATM, del trauma periodontal de oclusión, de diversos trastornos neuromusculares, es decir, el que quiera hacer rehabilitación oral, debe conocer y aplicar los procedimientos ortodóncicos básicos. Conocer sus propias posibilidades, y recurrir al especialista en los casos indicados.

3. 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.

a) **Operatoria Dental.** — La clínica nos demuestra diariamente que la Operatoria Dental incorrecta desencadena muchas veces graves alteraciones del sistema estomatognático, incluyendo un alto porcentaje de lesiones periodontales profundas y de las ATM. Se hace imprescindible que el odon-

tólogo general, y con mayor razón el que hace Rehabilitación Oral, además de poseer un conocimiento profundo de los principios básicos de la Operatoria Dental, domine la biología funcional del aparato bucal y especialmente tenga un concepto claro de la oclusión funcional. La Operatoria Dental Funcional, con instrumentos, técnicas, y sobre todo objetivos específicos, colabora muy eficazmente en la prevención y en la terapia de las disfunciones del aparato bucal. Hemos resuelto exitosamente varios casos de artrosis de la ATM en pacientes con denticiones casi íntegras, con sólo incrustaciones, coronas y jackets, funcionales.

b) **Prótesis Fija.** — La prótesis fija en el tratamiento de los casos de artrosis de la ATM, exige además del conocimiento profundo de la biología funcional del sistema estomatognático, una perfecta comprensión de los principios de la oclusión funcional, y sobre todo, un conocimiento y una capacidad definida para "ejecutar las fases técnicas" de la reconstrucción oclusal.

Cuando la oclusión está muy deteriorada, es de mucho valor el montaje de modelos en articulador adaptable, para allí planificar la rehabilitación de la función oclusal. Directamente en la boca, o aún en modelos estáticos, es muy difícil formar una visión de cómo quedará la oclusión después del tratamiento planeado; 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 de cada paciente y cada articulación, analizar cuál deberá ser el entre-

cruzamiento (overbite y overjet) de los dientes anteriores para cumplir mejor con las leyes de la articulación de Hanau, etc. Y encerrando los modelos articulados se podrá tener una visión exacta de la futura prótesis en las relaciones oclusales tanto en céntrica como en las fases funcionales friccionales.

Una vez estudiado y planificado el procedimiento a seguir para obtener una rehabilitación oclusal funcionalmente óptima, para el caso, y llegado el momento de la ejecución del trabajo protésico, consideramos también aquí imprescindible la utilización de un articulador altamente adaptable. No debemos olvidar que en los pacientes que han sufrido artrosis de las ATM, la falta absoluta de elasticidad en sus ligamentos periodontales, hace que las fuerzas oclusales se transmitan directamente, sin ninguna clase de amortiguación, a las estructuras articulares, cóndilo-disco-fosa. La precisión en la reconstrucción oclusal, debe ser muy elevada.

c) **Prótesis Parcial Removible.**—

La reconstrucción oclusal en casos de artrosis de la ATM y en todos los casos de disfunciones del aparato bucal, por medio de prótesis parcial removible, debe seguir este plan general. 1) Cuidadoso planeo de la reconstrucción, basado en un análisis funcional de la oclusión (examen clínico, modelos articulados y radiografías). 2) Equilibrado de la oclusión de la dentición natural remanente en relación céntrica y en todas las fases de la articulación. En casos de pérdida de dimensión vertical, obtener el espacio libre interoclusal óptimo para el caso, en base a reconstrucciones fijas en los dientes

remanentes. 3) Preparación de los espacios para alojar los apoyos oclusales (en caso de reconstrucciones fijas previas, estarán previstas). 4) Realizado el armazón metálico removible, prueba de ajuste y nuevo ajuste oclusal (con relación a los apoyos oclusales). 5) Registro de las relaciones intermaxilares y montaje en un articulador altamente adaptable. 6) Prueba de la prótesis encerada, con dientes de porcelana o mejor con triturantes de oro (técnica de Peter Thomas y otros). 7) Colocación de la prótesis terminada en boca, y nuevo ajuste oclusal.

La prótesis parcial removible ejecutada con esta técnica, ofrece las mejores condiciones funcionales. Reduce al mínimo las cargas y fuerzas de tracción sobre los dientes retenedores y sus tejidos de soporte. Otra ventaja y muy importante, es que la prótesis ofrecerá dientes artificiales que "funcionan" en las fases laterales friccionales; el paciente puede realizar la masticación natural bilateral friccional.

La clínica diaria demuestra que las prótesis parciales removibles corrientemente realizadas, sólo ofrecen contactos oclusales en relación céntrica (y a veces ni eso); pero casi nunca ofrecen contactos en las fases funcionales. El paciente, en la búsqueda de la mejor masticación posible, desarrolla inconcientemente un patrón neuromuscular de abre y cierre, con grandes presiones (5 veces más que la norma), que se traduce en daño a los tejidos periodontales de los dientes remanentes, y/o daño a los tejidos de la ATM y músculos relacionados.

La planificación y la ejecución de las prótesis tanto fijas como removibles, con instrumentos, técnicas y conceptos funcionales, es

pues una responsabilidad de la Odontología actual.

IV. TERAPIA QUIRURGICA

La terapia quirúrgica ocupa un lugar importante en la patología de la ATM, en los casos de trastornos congénitos o de desarrollo, luxaciones, tumores, fracturas, anquilosis, etc.; pero en lo que se refiere al síndrome dolor-disfunción o artrosis, causada por alteraciones funcionales de la oclusión dentaria, y que constituyen el 90 % de los casos, sólo debe recurrirse a la cirugía en casos muy excepcionales.

El tratamiento odontológico conservador ofrece enormes posibilidades de éxito; y debe ser siempre intentado. Frente a un eventual y muy raro fracaso, hay tiempo de recurrir a la terapia quirúrgica. Nuestra experiencia en este campo, y los nuevos conocimientos que continuamente vamos adquiriendo, nos hacen absolutamente conservadores.

Es concepto unánime de los especializados en ATM, tanto americanos como europeos, que "se han operado muchos casos de artrosis de la ATM que se pudieron conservar; y lamentablemente se siguen operando porque muchos odontólogos y fundamentalmente porque casi todos los médicos, ignoran las posibilidades terapéuticas conservadoras". El odontólogo debe asumir la responsabilidad y el deber, científico y humano, de adquirir y difundir los conocimientos que permitan evitar severas, irreversibles e innecesarias mutilaciones de las ATM.

CONCLUSIONES

No existen dudas sobre la etiopatogenia del Síndrome Dolor disfunción o Artrosis de la ATM; el

factor etiológico es la oclusión dentaria alterada. El bruxismo está presente en más del 70 % de los casos.

Los procedimientos semiotécnicos clásicos, de historia clínica, examen clínico general, examen clínico bucal y examen radiográfico, hechos con enfoque dinámico, y sobre todo el análisis funcional de la oclusión, conducen fácilmente al diagnóstico etiopatogénico.

El tratamiento debe ser orientado a la terapia directa articular, al tratamiento neuromuscular, y a la rehabilitación oclusal.

El primer objetivo debe ser el alivio del dolor, tanto articular como muscular; y de inmediato, la eliminación del espasmo muscular.

Una vez normalizado el funcionamiento del sistema neuromuscular, se planeará y ejecutará la rehabilitación oclusal, que es en definitiva, la única terapéutica etiológica.

Los procedimientos de ajuste oclusal por desgaste selectivo, ortodoncia menor y reconstrucción oclusal por operatoria dental y prótesis funcionales, deben ser dominados científicamente y técnicamente. La ayuda de especialistas en las diversas disciplinas relacionadas con la rehabilitación oclusal, deberá ser solicitada cuando es necesario.

En todos los casos, al final del tratamiento, la oclusión dentaria debe ofrecer las características de la oclusión funcional, en perfecta armonía con los tejidos de soporte, sistema neuromuscular, y naturalmente con la ATM.

Los procedimientos terapéuticos conservadores conducen normalmente a la curación total del síndrome dolor-disfunción o artrosis de la ATM. La terapia quirúrgica, realizada generalmente sin agotar o ni siquiera intentar el tratamien-

to conservador, constituye un lamentable error científico. Es responsabilidad y deber de la Odontología actual, evitar la continuación de estas severas, mutilantes e innecesarias intervenciones.

RESUMEN

Se describen las causas de los trastornos de la articulación temporo-mandibular, destacando la importancia de la oclusión dentaria como factor etiológico. Se analizan los diversos tratamientos dirigidos directamente a la articulación, al sistema neuromuscular (dolor y espasmo) y a la rehabilitación oclusal. Sólo casos excepcionales de Síndrome Dolor-Disfunción o Artrosis deben ser resueltos por medios quirúrgicos. Todos los tratamientos deben buscar la oclusión funcional en armonía con el paradencio, el sistema neuromuscular y la articulación temporo-mandibular. Se destaca la importancia de la Odontología actual en la adecuada solución de las afecciones de esta articulación.

SUMMARY

The causes of disturbed temporo-mandibular articulation are discussed, stress being laid on the importance of the dental occlusion pattern as an etiologic factor. Also dealt with are the various treatment procedures directly concerned with the articulation, the neuromuscular system (pain and spasm) and occlusal rehabilitation. Only exceptional cases of the pain-dysfunction syndrome or of arthrosis are to be approached surgically. All the procedures should seek a functional occlusion in harmony with the paradentium, the neuromuscular system and the temporo-mandibular articulation. The effectiveness of present-day dentistry in the adequate solution of affections of this articulation, are pointed out.

RÉSUMÉ

On décrit les causes des troubles de l'articulation temporo-mandibulaire, en détachant l'importance de l'occlusion

dentaire comme facteur étiologique. On analyse les différents traitements de l'articulation, du système neuromusculaire (douleur et spasme) et de la réhabilitation occlusale. Il n'y a que les cas exceptionnels du Syndrome Douleur-Dysfonction ou Arthrose qui doivent être traités au moyen de la Chirurgie. Tous les traitements doivent tendre vers l'occlusion fonctionnelle en harmonie avec le parodonte, avec le système neuromusculaire et l'articulation temporo-mandibulaire. On détache l'importance de l'odontologie actuelle pour la solution convenable des affections de cette articulation.

ZUSAMMENFASSUNG

Die Ursachen von Kiefergelenkbeschwerden werden beschrieben und die Bedeutung der Zahn-Oklusion als ätiologischer Faktor hervorgehoben. Man analysiert verschiedene Behandlungsarten die direkt auf das Gelenk, auf das neuromuskuläre System (Schmerz und Spasmus) und auf die Gebissrehabilitierung ausgerichtet sind. Nur in Ausnahmefällen bei Schmerz-Disfunktions-Syndrom oder bei Arthrose dürfen chirurgische Mittel angewandt werden. Alle Behandlungen sollen die funktionelle Okklusion in Harmonie mit dem Parodontium, dem neuromuskulären System und dem Kiefergelenk anstreben. Man hebt die Bedeutung der modernen Odontologie bei der geeigneten Lösung der Affektionen dieses Gelenkes hervor.

BIBLIOGRAFIA

1. American Equilibration Society. Compendium. 1962-63-64.
2. Behnsilian, V. — Concepto y plan de asistencia en rehabilitación oral integral. Odont. Uruguay, 59-60, 859-873, 1959.
3. Behnsilian, V. — Patología de la articulación temporo-mandibular de origen oclusal. Odont. Uruguay, Vol. XXII, 30-42, Dic. 1966.
4. Carraro, J. J. — Los córtico-esteroides intra-articulares en la terapia del dolor y la disfunción temporo-mandibular. R. A. O. A. 49-127, 1961.
5. Freese and Schemann. — Management of temporomandibular joint problems. Mosby Co. St. Louis. 1962.
6. Odontología Clínica de Norteamérica. Serie VI, Vol. 16. Oclusión. Ed. Mundi, Buenos Aires, 1964.
7. Posselt, U. — Fisiología de la oclusión y rehabilitación. Ed. Beta. Buenos Aires, 1954.
8. Shore, N. A. — Occlusal equilibration and temporomandibular joint dysfunction. Lippincott Co. Philadelphia, 1959.
9. Schwartz, L. L. — Disorders of the temporomandibular joint. Saunders Co., Philadelphia, 1958.

Dirección del Autor:
Yaguaneles 1349
Montevideo.

LE INTERESA:

La destina descalcificada por las caries puede ser remineralizada in vitro, colocando dientes en tubos con soluciones al 10% de fluoruro de estaño. Esta solución ha dado muestras de ser la más efectiva de una serie de sustancias calcificadoras probadas.

Los dentífricos con fluoruro estañoso han demostrado ser útiles en la prevención de caries. Son efectivos especialmente para reducir las caries proximales, teniendo poco efecto sobre las de puntos y fisuras. Recientemente se ha encontrado otra sustancia que tendría una acción similar. Se trata del monofluorofosfato de sodio.

Un reciente estudio de Kaare Langeland sobre los efectos sobre la pulpa del fresado dentinario con alta velocidad permite recomendar que el tallado dentinario sea hecho en condiciones de humedad. El tallado en campo seco provoca una serie de alteraciones pulpares y dentinarias que comprometen la duración de la restauración.