

LOS DETERMINANTES DE LA OCLUSION

Una propuesta para incluir aspectos de Oclusión, Desórdenes Temporomandibulares y Dolor Orofacial en los Procedimientos de Clínica Integrada de la Escuela de Odontología de la Universidad de Panamá

Dr. Fernando Jaén

RESUMEN : *Los Determinantes de la Oclusión es uno de los temas en la Odontología que más intrigan tanto al estudiante como al Profesional. El Objetivo de este escrito es el de proponer la adición de aspectos oclusales dentro del cuadro de códigos y procedimientos de la Clínica Integral de nuestra Facultad de Odontología.*

INTRODUCCION

Oclusión: es el acto de cerrar¹ y para que esto ocurra actúan 4 determinantes anatómicos posteriores que son: las dos Articulaciones Temporomandibulares (ATM), la Relación u Oclusión Interdental y el cuarto que es el Sistema Neuromuscular². Fig. 1 y 2.



Fig. 1. Determinantes de la oclusión; sistema neuromuscular e interdigitación dental.



Fig. 2. Determinantes de la oclusión; articulaciones temporomandibulares.

La Relación Interdental debe ser considerada en la mayoría de los planes de tratamiento y procedimientos en la Odontología. Esto implica que una de las mayores responsabilidades del Odontólogo y el estudiante es la de ser capaz de diagnosticar y tratar al diente y sus estructuras

* Odontólogo. Residencia en Odontología General, Profesor Adjunto IV de Clínica Integral, Oclusión y Prótesis Fija. Facultad de Odontología, Universidad de Panamá

de soporte de manera que cada diente se posicione contra su antagonista en una relación estable y al moverse de esa posición lo haga en forma armoniosa, sin interferencias o tensión sobre los tejidos³.

ANTECEDENTES HISTORICOS

Las teorías oclusales y de biodinámica del Sistema Masticatorio son el resultado de un proceso evolucionario que probablemente se originaron con la teoría de la oclusión bilateral balanceada para Prótesis Totales de W.G.A. Bowill en 1854 y F.G. Von Spee en 1890⁴. Eventualmente D' Amico, Mc. Collum, Stuart, Posselt, Guichet y otros indicaron la relación de fuerzas durante los contactos dentales y los movimientos mandibulares⁵. El interés por el estudio y manejo de la ATM y el sistema muscular se inició en 1934 cuando un otorrinolaringólogo, J.B. Costen, descubrió la etiología de signos y síntomas óticos a desarreglos de la ATM⁶. Inicialmente, sólo se relacionaron los síntomas y signos de los desórdenes del sistema muscular y la ATM con irregularidades oclusales y a contactos oclusales disfuncionales. Este concepto resultó en errores diagnósticos, tratamientos dentales irreversibles e innecesarios y tratamientos que fallaban⁷. A partir de los años 60 los investigadores Odontólogos, algunos médicos, epidemiólogos, psicólogos, y terapeutas físicos empezaron a estudiar y tratar a los 4 determinantes de la oclusión; individualmente y en su posibilidades de interrelación. Luego los investigadores empezaron a ir más allá de la oclusión interdental y se iniciaron estudios de la musculatura de masticación, la biomecánica del sistema sobre disfunción, adaptación y degeneración de los

procedimientos de Clínica Integral de la Facultad de Odontología es importante indicar que se reconoce que el curriculum, tanto de clínica, como de preclínica está ya bastante recargado, pero que al mismo tiempo, los educadores tenemos la responsabilidad de enseñar lo que los estudiantes necesitarán para el ejercicio de la profesión. También sabemos que es difícil lograr que los estudiantes puedan ser entrenados 100% en el diagnóstico, tratamiento y manejo de los pacientes con Desórdenes Temporomandibulares pero que al menos el estudiante logre identificar los pacientes con DTM y clasificar el Desorden.⁶ De acuerdo a un estudio presentado ante la ADA por Schiffman, Friction, Holey y Shapiro en 1990, la prevalencia de pacientes con DTM era de: 23% de la población con Desórdenes Musculares, 19% con Desórdenes Articulares y a un 27% con Desórdenes Musculares-articulares. Sólo un 3.1% de la Población estaba normal. De igual forma el estudiante, profesionales y educadores debemos recordar que los DTM se tratan, no se curan. Estos desórdenes pueden ser crónicos, ser autolimitantes o recidivar y que como en otras ramas de la Odontología, pueden requerir tratamiento o cuidados durante toda la vida, tanto como un paciente periodontal o un hipertenso.

Debemos además de tener en cuenta que el diagnóstico y tratamiento puede involucrar diferentes especialidades dentales, médicas y paramédicas haciendo su manejo multidisciplinario.

La parte más crucial en el diagnóstico de estos desórdenes es la historia y el análisis oclusal⁷ y su documentación requiere de un formato adecuado. La documentación es vital ya que los DTM no pueden ser replicados en animales modelos, como ocurre en otras enfermedades.⁸

La ficha clínica de nuestra Facultad (ca. 1972) contiene una parte oclusal (Fig. 3) que nos hace énfasis en la historia y en la salud muscular y articular, y también en el aspecto del examen oclusal. Propongo la adición formal y la observación obligatoria de un análisis oclusal más completo (Fig. 4 y 5) que incluye aspectos de historia, análisis oclusal y dolor. El Análisis deberá promoverse entre los profesores y estudiantes e incluir: examen muscular, examen articular, examen dental, rango de movimientos, cambios faciales, examen radiográfico y modelos articulados en relación céntrica o en máxima intercuspidación¹⁰.

La forma de Análisis Oclusal propuesta es una adaptación de la que es usada en la clínica de DTM de "LSU School of Dentistry" y de la Clínica de Oclusión y Dolor Orofacial del "School of Dentistry, University of Florida" y son cortesía de los Dres. Olin Desonier, (1983) y Parker Mahan, (1991) respectivamente. Esta adaptación de formulario hace un intento de registrar los aspectos oclusales, musculoesqueléticos y de dolor del problema y guía al estudiante y al profesional en una forma sistemática hacia los síntomas y signos más comunes en los DTM. Este análisis o su

contenido los están usando los estudiantes de la Clínica de la Facultad (informalmente) desde hace aproximadamente 10 años motivados por la clase teórica del tema que se imparte en las cátedras de Oclusión (II año) y en Seminario de Prótesis Fija (IV año).

Dentro de las Clínicas Integradas de la Facultad de Odontología es más frecuente la necesidad de atención de pacientes que además de las necesidades de tratamiento bucal, presentan signos y síntomas de Desórdenes Temporomandibulares (DTM). Existe además el interés por parte de los estudiantes de diagnosticar y tratar a estos pacientes.

Nuestra Facultad, tiene las condiciones ideales para el diagnóstico y tratamiento de los pacientes de la Clínica Integrada que presentan estos DTM. La presencia de Profesores de las distintas especialidades y la relación con la Facultad de Medicina y los Hospitales Santo Tomás y Complejo Hospitalario de la C.S.S. permiten un manejo de grupo de estos pacientes, tanto en su diagnóstico como para su referencia para tratamiento especializado.

El estudiante deberá saber cómo hacer una evaluación sistemática de los pacientes a los que les detecte algún DTM y determinar un diagnóstico, su potencial como futuro problema y si es necesario algún de tratamiento dentro del plan de tratamiento integral del paciente de Clínica. Como en las demás ramas y especialidades de la Odontología que se enseñan en nuestra Facultad los DTM necesitan un sistema de evolución y seguimiento. Ante esta necesidad propongo la adición de un decimoprimer código de evaluación dentro de los códigos de evaluación de Clínica Integrada. Este nuevo código estará diseñado siguiendo los patrones de los códigos vigentes (ca. 1972) en las que en numerales empezando con el 01 se listan los procedimientos clínicos y las fases que incluye cada procedimiento se incluye en los números romanos. A continuación la propuesta que está basada en la bibliografía número 5.

II. DESORDENES TEMPOROMANDIBULARES Y OCLUSION

- 01 Educación al paciente y cuidados en casa.
- 02 Referencia a consulta psicológica o psiquiátrica.
- 03 Medicamentos.
- 04 Referencia ó instrucciones de terapias físicas.
- 05 Aparato Ortopédico de urgencia.
- 06 Aparato Ortopédico Superior.
- 07 Aparato Ortopédico Inferior.
- 08 Aparato Ortopédico adicionado a Prótesis existente.
- 09 Protector bucal de deporte.
- 10 Ajuste Oclusal Completo.
- 11 Ajuste Oclusal Limitado.
- 12 Confección de Guías Caninas o Incisivas
- 13 Referencia para Tratamiento Protésico

- 14 Referencia a Ortodoncia.
- 15 Referencia a Cirugía Maxilo Facial.
- 16 Referencia a Medicina Interna o Reumatología.
- 17 Referencia a Neurología.

FASES

- II Análisis Oclusal Completo
- III Ejecución del Tratamiento
- IV Ajuste del Tratamiento y controles

Una tercera propuesta recomienda que el manejo administrativo y académico de la materia de los DTM se mantenga dentro del Departamento de Restauradora ya que es en las Cátedras de Oclusión y Seminarios de Protésis Fija donde se enseña la teoría que deberá ser desarrollada en las Clínicas Integradas.

CONCLUSION

Los pacientes de la Clínica Integral de la Facultad de Odontología, cada vez demandan más la atención por Desórdenes Temporomandibulares y al mismo tiempo aumenta el interés de los estudiantes por brindarle este servicio a sus pacientes.

En este momento, por la carga de horario, sería irreal esperar que el estudiante de la Facultad pueda ser entrenado en el diagnóstico y tratamiento de todos los DTM ya que se requiere de una educación formal o de mucho tiempo de educación, dedicación y experiencia clínica para poder manejar todos los pacientes con DTM, sino el de poder atender a los pacientes de las Clínicas Integradas que presentan el problema y que al mismo tiempo al estudiante se le reconozca sus preocupaciones por la salud oclusal del paciente y se le evalúen formalmente los créditos y procedimientos efectuados para su nota de la materia de Clínica Integrada.

Se espera que el estudiante al graduarse por lo menos pueda reconocer los DTM en sus pacientes y que pueda recibir instrucción formal de como manejar algunos de los casos.

BIBLIOGRAFIA

1. Glossary of Prosthodontic Terms. Journal of Prosthetic Dentistry Diciembre 1994. 6 th Edition.
2. Neff, P. A, D.D.S. Occlusion and Function, Georgetown University, School of Dentistry 1980. pags. 7 y 8.
3. Fox, C. W., Abrams, B. y Domdakis, A.: Principles of Anterior Guidance: Development and Clinical Applications Journal of Craniomandibular Practice Dec. 1983 - Feb. 1984.

Pags. 24 y 25.

4. Costen, J.B. :A group of Symptoms Frequently involved in general diagnosis, typical of sinus disease and of mandibular point pathology. J. Missouri Medical Assoc. 1935. Pags. 148.

5. The American Academy of Craniomandibular Disorders (ahora Orofacial Pain). Craniomandibular Disorders, Guidelines for Evaluation, Diagnosis and Management Edited by Charles Mac Neill, D.D.S. Quintessence Publishing Co Inc. 1990. Pags. 7 a 31.

6. Farrar, W. and McCarty, W. :Clinical Outline of TMJ Diagnosis and Treatment Normandie Study Group 1982. Pags. 1 y 2.

7. Department of General Dentistry, L.S.U School of Dentistry Residency 1981-1983.

8. McKinney, J. and Mosby, E.: TM Disorders: What to teach in Dental School J. of Craniomandibular Disorders, Facial and Oral Pain. 1990. Pags. 17 a 19.

9. Okeson, J.; Management of TMD and Occlusion 3 th Edition. 1992 Mosby Year Book. Pags. 228-229.

10. Jaén, F. Odontólogo, Un Análisis Oclusal de Filtro en 10 minutos. Revista El Odontólogo. Agosto 1991.

ABSTRACT: *The determinants of Occlusion is one of the most perplexing subjects in Dentistry, for the student as it is for the Dentist. The objective of this article is to propose the addition of occlusal aspects to the codes and procedures of the Integrated Clinics (Juniors and Seniors) of our School of Dentistry.*