



MANEJO CLINICO DE UNA REHABILITACION DE LA OCLUSION EN LA FACULTAD DE ODONTOLOGIA DE LA UNIVERSIDAD DE PANAMA.

CLINICAL MANAGEMENT OF AN OCCLUSAL REHABILITATION IN THE SCHOOL OF DENTISTRY OF THE UNIVERSITY OF PANAMA

REPORTE CLINICO

DR FERNANDO JAEN *

DR. ENZO CANO **

REV. EL ODONTOL. 1997; 23(1): 43 - 47



RESUMEN:

La intención de este artículo es la de presentarle al lector en forma secuencial y detallada una manera de solucionar alteraciones del sistema masticatorio. En este caso la paciente presentaba desarreglos de los tres componentes de la oclusión: Enfermedades articulares, disfunciones musculares e incompetencia en la relación interdental.

El diagnóstico acertado, el trabajo en equipo y la atención integral de la

paciente influyó en su salud dental y general, en su apariencia facial, postural y en su bienestar general.

Palabras Claves: Ajuste oclusal, desórdenes craneomandibulares, enfermedades de la articulación temporomandibular, férulas oclusales.

ABSTRACT:

The purpose of this article is to present in a sequential and detailed manner a solution to disorders of the masticatory system. In this case

the patient had disorders of the three components of the Occlusion: Articular derangements, muscular dysfunctions and misalignment of the interdental relationship.

The correct diagnosis, the team approach and the complete treatment of the patient had an influence in her dental and general health, in her postural and facial appearance and in her well being.

Key Words: Craniomandibular disorders, temporomandibular joint diseases, occlusal splints.

INTRODUCCION

La oclusión dental tiene tres componentes ¹: La neuromusculatura, las dos articulaciones temporomandibulares (ATM) y la relación interdental. El manejo de pacientes con ausencias dentales nos obliga a considerar que cualquiera o todos los componentes se pueden afectar al perderse la relación interdental adquirida. En ocasiones las limita-

ciones económicas o institucionales no permiten efectuar a los pacientes todas las posibilidades de restauraciones existentes. Aún así, con un análisis oclusal exhaustivo ², un diagnóstico diferencial correcto y con un plan de tratamiento en el cual se obtengan las metas de rehabilitación de los daños causados por los desórdenes oclusales, podemos tratar exitosamente a muchos pacientes que sufren los estragos

bucales, faciales y posturales que puede causar la pérdida dentaria.

RAZON PRINCIPAL DE LA VISITA DE LA PACIENTE

Se trata de una paciente femenina de 43 años de edad que acudió a la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá por dolor en el área articular izquierda, y en sus propias palabras relató: "no puedo

* Odontólogo Universidad de Panamá. Residencia en Odontología General Louisiana State University School of Dentistry, New Orleans, U.S.A. Profesor titular en la Facultad de Odontología, Universidad de Panamá. Práctica privada en Panamá

** Estudiante de más alto índice académico, Facultad de Odontología, Universidad de Panamá, 1997. Odontólogo interno

abrir la boca y me traquea la mandíbula, deseo cambiarme la prótesis vieja y mejorar mi aspecto dental".

HISTORIA

- Se presentaban molestias persistentes que evolucionaron con el pasar de los años, con un aumento en frecuencia, intensidad y duración de dolor en la cara. Dolor de cabeza al despertar, como también en el cuello, la espalda y lado izquierdo del rostro. Este dolor disminuía con el transcurrir del día.

- El dolor en las áreas afectadas era de tipo opresivo y fluctuaba en intensidad según el día. Los medicamentos como el acetaminofen o el ibuprofen sólo disminuían el dolor. La paciente notaba cambios en su forma facial por inflamación de la cara.

- También ella refería tener la sensación de los oídos llenos, dolor al masticar e historia de limitación de apertura mandibular y, en otras ocasiones, demasiada apertura. Asimismo, presentaba bruxismo diurno y nocturno, sonidos articulares por años y estrés.

- La paciente había recibido varios tratamientos dentales durante su vida y la prótesis asistencial existente había sido colocada aproximadamente hace 8 años.

- No existía historia médica, excepto por un diagnóstico de artritis en el

hombro izquierdo que se controlaba con analgésicos por vía oral.

ANÁLISIS OCLUSAL Y EXAMEN BUCAL

I. Examen Muscular

Dolor a la presión y palpación en músculos temporales izquierdo (izq.) y derecho (der.), masetero izq., trapezius y esternocleidomastoideos izq. y der.

II. Rango de Movimiento

Abertura interincisal de 45 mm con dolor y dislocación de ambos cóndilos.

III. Simetría Facial

Aumento de volumen de área maseterina izq., pérdida de plenitud facial y expresión de dolor facial. Discrepancia en la elevación de los hombros (fig. 1.a y b) y postura anterior de la cabeza (fig.2).

IV. Examen Oclusal

Disminución de la dimensión vertical sin la prótesis y con la prótesis (fig.3.a y b), guías caninas desgastadas con contactos prematuros en lados de balance y de trabajo. La guía incisiva también exhibía contactos prematuros.

V. Examen Articular

La paciente presentaba crepitaciones bilaterales en ambas articulaciones en apertura media y "pop" en apertura máxima.

VI. Examen Radiográfico

Deformación de superficies óseas

glenoideas y condilares con formación de osteofitos en el cóndilo derecho.

VII. Examen Bucal

A. Examen Bucal Clínico:

La paciente usaba una prótesis asistencial superior en mal estado. En los tejidos duros mostraba lesiones cariosas, restauraciones por cambiar, abfracciones * cervicales², facetas de desgaste en incisivos y caninos y canino sup. izq. con lesión pulpar. En tejidos blandos presentaba encías inflamadas que sangraban al sondaje, resecciones gingivales y bolsas periodontales.

B. Examen Bucal Radiográfico:

La paciente presentaba caries y cálculo interproximal, imagen radiopaca mesial a la raíz mesial de tercer molar inferior (inf.) derecha. Además existía una rarefacción periapical del canino superior (sup.) izq. y ligera pérdida ósea horizontal en molares superiores e inferiores.

DIAGNOSTICO

Al realizar esta etapa se consideraron los diferentes componentes del sistema estomatognático:

I. Muscular.

A. Mialgia y miositis de ambos músculos temporales, esternocleidomastoideos y trapezius y del masetero izq.

B. Hiper movilidad articular (dislocación condilar crónica).

II. Articular.

Osteoartritis de ambas ATM.

* Pérdida patológica de estructura dental causada por cargas o fuerzas biomecánicas. Esta pérdida se cree que es provocada debido a la flexión y fatiga del esmalte dental y/o dentina en una posición distante del origen de la carga o fuerza. [Extraído de "Glossary of Prosthodontics" Terres - Mosby, Sixth ed., 1994]



III. Oclusal.

Ausencia de guías de oclusión, sin contactos interdentes estables y disminución de la dimensión vertical de oclusión.

IV. Bucal.

Paciente parcialmente edéntulo con periodontitis del adulto localizada, abfracciones, caries, pulpitis crónica total del canino sup. izq.

PLAN DE TRATAMIENTO Y METAS

El plan de tratamiento programado se propuso la resolución de:

- Condición periodontal y pulpar
- Condición muscular y alivio de condición articular
- Lesiones cariosas
- Problemas oclusales y protésicos

TRATAMIENTO

El tratamiento tuvo un manejo integral siguiendo las disposiciones del Departamento de Clínica Integral de la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá.

- Periodontal: Raspado y alisado radicular por cuadrantes, instrucciones de higiene oral y profilaxis.
- Endodóntico: Pulpectomía de canino sup. izq.
- Muscular y articular: Colocación de un aparato ortopédico mandibular en posición transitoria de tratamiento articular o pseudo relación céntrica³ (Fig. 4), compresas de agua caliente y ejercicios restrictivos de la hipermovilidad. El aparato ortopédico fue confeccionado con guías caninas izq. y der., con contactos suaves en máxima intercuspidadación y guía incisal.

La dimensión vertical fue aumentada a 1 mm en molares y 3 mm en anteriores, orientado por necesidades protésicas y estéticas.

Los ajustes fueron realizados cada dos semanas manteniendo una articulación balanceada con puntos de contacto de las cúspides vestibulares de los dientes superiores sobre el aparato, con un diámetro de aproximadamente 1 mm marcado con cinta articular (Accufilm II de Parkell).

Se realizaron de diez a doce ajustes, al tiempo que se continuaba con los demás tratamientos bucales. La evolución de la paciente durante este período fue satisfactoria, se le eliminaron los síntomas que presentaba en el examen inicial, cefaleas, mialgias y artralgias y su postura tuvo un cambio significativo.

- Restaurador: Restauraciones de amalgama y de resina en las lesiones cariosas diagnosticadas.

- Protésico y Oclusal: Corona completa metal-porcelana en el segundo premolar sup. izq.

Las guías caninas se restauraron con resinas compuestas híbridas fotocurables. La paciente fue advertida del desgaste eventual o posible fractura de este material y de la necesidad de controles periódicos para su restauración⁴.

Los registros de mordida para la



Fig. 3a. Fotografía intraoral frontal preoperatoria sin la prótesis. 3b. Fotografía intraoral preoperatoria con la prótesis.



Fig. 1a. Fotografía frontal de la cara de la paciente. 1b. Fotografía postural frontal de torso de la paciente.



Fig. 2. Fotografía preoperatoria postural de perfil de la paciente.



Fig. 4. Aparato ortopédico mandibular en pseudo relación céntrica.

confección de las prótesis parciales removibles (PPR) fueron tomadas en la relación mandibular y dimensión vertical asintomática existentes en el aparato usado por más de dos meses. En ausencia del disco articular, la manipulación se hace para obtener una posición mandibular de referencia inicial de trabajo, tomando en consideración que los músculos están confortables⁵.

Los materiales usados para la toma de los registros fueron placas base de acrílico autocurable con rodetes de cera rosada reforzada con pasta zinquenónica. El caso tuvo que ser articulado en un articulador de bisagra, pero lo recomendable en estos casos es el uso de un articulador semiajustable. Ante esta seria limitación se tuvo mucho cuidado en mantener las guías caninas e incisiva y una interdigitación equilibrada.

El diseño de la PPR inferior fue Apoyos en segunda molar izq., primer premolar inf. izq., canino der., cubiertas oclusales (overlays)⁶ en la tercera molar der.; Retenedores directo, Acker C en segunda molar izq., DPI en primer premolar izq., Barra T en canino der. y Anillo en tercer molar der.; Conector mayor; tipo barra lingual con barra secundaria de Kennedy y Bases y dientes de acrílico. El diseño de PPR superior fue Apoyos en primera y segunda molar der., segunda molar izq. y en caninos izq. y der.; Retenedores directos,



Fig. 5a. Fotografía postoperatoria intraoral frontal.

Doble Acker en primera y segunda molar der., Acker C en primera molar izq.; Conector mayor tipo herradura y Base de acrílico y dientes tubulares.

Los resultados finales funcionales y estéticos fueron aceptables (Fig. 5a. y b). Los resultados posturales y de tonicidad muscular fueron evidentes⁷ (Fig. 6a. y b).

La paciente fue instruida sobre el cuidado e higiene de las PPR y su boca. Se efectuaron controles a las 24 y 72 horas, a la semana y al mes. La paciente fue advertida sobre la necesidad de controles y ajustes periódicos para mantener la estabilidad oclusal y la funcionalidad de las prótesis durante toda su vida y de regresar a la Facultad para cualquier consulta. Además se le recordó sobre la naturaleza cíclica de su condición articular; incurable pero si bien tratable⁸ y que existía la posibilidad de más tratamiento paliativo durante su vida natural. La paciente hasta la presentación de este reporte clínico se ha mantenido satisfecha y confortable.

Todos los procedimientos y diagnósticos fueron efectuados por el Dr. Enzo Cano, en ese entonces estudiante, bajo la supervisión y evaluación de profesores de la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá.



Fig. 5b. Fotografía postoperatoria de la línea de la sonrisa y la labial.

CONCLUSION

Los desórdenes craneomandibulares se pueden manifestar de muchas formas y su tratamiento variará según las diferentes condiciones dentales del paciente. En esta presentación de caso revisamos su manejo universitario y la necesidad de considerar la salud muscular, articular y postural de los pacientes con necesidades protésicas y cómo encaminar el tratamiento hacia una rehabilitación de los tres componentes de la oclusión.



Fig. 6a. Fotografía postoperatoria postural frontal de torso. Fig. 6b. Fotografía postoperatoria frontal de cara.

AGRADECIMIENTOS

Los autores desean agradecer a todos y cada uno de los Profesores de la Facultad de Odontología de la Universidad de Panamá que con paciencia y dedicación intervinieron en una u otra forma en el tratamiento integral de la paciente. De igual forma al Sr. Tomás Salazar por su parte en el trabajo fotográfico y muy especialmente a la paciente por habernos permitido utilizar su caso y las fotografías de su rostro y boca en este reporte.



REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Jaén FR., Evaluación de las Posiciones Mandibulo-Dentales de Referencia. Rev. Odontol., 1986; 10(1): 4-10.

2. Jaén FR., Un Análisis Oclusal de Filtro en 10 Minutos. Rev. Odontol., 1991; 16(1): 15-20.

3. Dawson PA., A Classification System for Occlusions that Relates Maximal Intercuspation to the Position and Condition of the Temporomandibular Joints. J. Prosth. Dent., 1996; 75(1): 60-66.

4. Fitzgerald L.J., Restoring Anterior Guidance by Use of Composite Resin. J. Craniomand Pract., 1996; 14(3): 182-185.

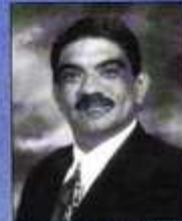
5. Dawson PA., New Definition for Relating Occlusion to Varying Conditions of

The Temporomandibular Joint. J. Prosth. Dent, 1995; 74(1): 619-627.

6. Finlayson A., Jaén FR., El Uso de Cubiertas Oclusales (Overlays) en la Restauración Oclusal Luego de un Tratamiento Temporo-Mandibular. Rev. Odontol., 1993; 18(2): 35-43.

7. Zonnenberg A.J.J., Body Posture Photographs as a Diagnostic Aid for Musculoskeletal Disorders Related to Temporomandibular Disorders (TMD). J. Craniomand Pract., 1996; 14(3): 225-232.

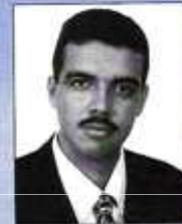
8. De Leeuw R., Stegenga B., Clinical Signs of TMJ Osteoarthritis and Internal Derangement 30 Years After Nonsurgical Treatment. J. Orofac. Pain, 1994; 8(1): 233-241.



CORRESPONDENCIA:

DR. FERNANDO R. JAÉN

Apdo. 55-0642, Paitilla
Panamá, Rep. de Panamá
E-mail: fjaen@ancon.up.ac.pa



DR. ENZO CANO