

PLACAS REPOSICIONADORAS

Dr. Roberto Chaves *
Dr. Miguere Tannous **

Un paciente con disfunción temporomandibular puede presentar sintomatología más o menos intensa en cualquiera de los elementos constitutivos del sistema estomatognático.

Bien conocido es el rol que en ello desempeña la alteración de la oclusión fisiológica como agente etiológico. Sin embargo es útil recordar que desarmonía oclusal no es sinónimo de disfunción.

Todo individuo posee una determinada capacidad adaptativa para evitar contactos prematuros e interferencias oclusales y desarrollar un nuevo patrón reflejo (oclusión habitual o de conveniencia). Lo cierto es que, a mayor gravedad de la discrepancia oclusal, mayor ha de ser el patrón adaptativo que los músculos han de adoptar.

La posición condilar de la mandíbula en reposo es programada por la ubicación de la posición intercuspal y esto es un principio básico de la terapia oclusal. Si la posición intercuspal es alterada, consecuentemente han de cambiar la posición de reposo de la mandíbula y por ende la ubicación del cóndilo y el disco articular en la cavidad glenoidea.

Un contacto prematuro genera señales propioceptivas que pueden programar una función muscular determinada y tal como hemos de ver más adelante, cambios posicionales en la articulación y la mandíbula en reposo, no solamente en el plano horizontal sino también en el vertical. Si un paciente con estas características debe enfrentarse a una situación de stress o carga emocional que supera su capacidad adaptativa, estamos en presencia de una disfunción del sistema estomatognático. La suma de ambos factores -interferencia oclusal y stress- generan hiperfunción o rechinamiento dentario, de carácter subconsciente y por ello generalmente desconocido por parte del paciente.

Stress + Desarmonía Oclusal = Disfunción

Los síntomas clínicos que pueden presentar, van desde, dolor, fatiga o espasmo muscular, limitación de la apertura, desviación en los movimientos mandibulares, chasquidos y ruidos articulares, hasta manifestaciones dentarias tales como movilidad, desgastes, fracturas, diastemas, etc.

* Profesor Titular Cátedra de Odontología Integral - UNLP

** Profesor Titular Cátedra de Prótesis U.B.A.

Planteado así el problema es evidente que el tratamiento de la enfermedad consiste en eliminar por lo menos alguna de ambas causas; el stress o la interferencia oclusal. Esta última posibilidad es sobre la que nosotros debemos y podemos actuar, mediante la obtención de una oclusión armónica y estable, desoclusiones en los movimientos protrusivos y de lateralidad.

Una guía anterior que desocluya los dientes posteriores y provea al maxilar inferior contactos dentarios múltiples, sobre un plano que presente una leve inclinación distal, programan a los músculos retrusores, y ligamentos involucrados, a reponer el desplazamiento anterior del cóndilo - disco articular y reunir los más posteriormente, hacia relación céntrica. (Fig. 1).



En ausencia de inflamación estos cambios se producen casi instantáneamente. Si la inflamación está presente, por el contrario, los cambios han de ser progresivos e insumirán mayor tiempo de tratamiento previo.

La presencia de ruidos articulares cuando el paciente realiza movimientos mandibulares es un elemento que complica aún más el pronóstico.

En este último caso es de suma importancia determinar mediante examen clínico-radiográfico si los ruidos obedecen a causas sistémicas o una incoordinación del complejo cóndilo-disco.

FISIOPATOLOGIA DE LOS RUIDOS ARTICULARES

La existencia en boca de un contacto oclusal prematuro programa a los músculos a desplazar al conjunto cóndilo-disco articular a una posición más anterior en la

cavidad glenoidea en un intento de reubicar la mandíbula y eludir la interferencia. Por ejemplo: una restauración defectosa o la inclinación mesial de un segundo molar inferior cuando el primero está ausente (la cúspide distovestibular suele levantarse en hiperoclusión) puede determinar una contacción crónica del haz superior del músculo perigoideo, desplazando la mandíbula hacia abajo y atrás para proteger los dientes del trauma. Ello se logra debido a que señales propioceptivas del periodonto activan la función muscular, que adelanta, el disco articular choca su borde posterior, más grueso, entre el cóndilo y la fosa, lo que provoca desplazamiento del cóndilo hacia abajo y atrás. (Fig. 2).



De esta manera se trata de proteger los dientes del trauma. Si además se produce una contracción simultánea del haz inferior del músculo pterigoideo externo, el cóndilo-disco se encuentra ubicado en una posición más anterior de la cavidad glenoidea (Fig. 3).



La tensión crónica de la zona bilaminar puede llegar a provocar una elongación de la misma la que ha de ser, entonces, incapaz de oponerse a la tracción ejercida por el haz muscular, y el disco ha de sufrir un desplazamiento anterior, en tanto que el cóndilo lo hace arriba y atrás. (Fig. 4).



Cuando el paciente abre la boca o protruye la mandíbula, llega un momento que el cóndilo logra ubicarse nuevamente en el centro del disco y este lo acompaña en el resto del movimiento. En el momento de apertura es común escuchar un click o ruido articular (ruido de apertura). En el movimiento de cierre o de retracción mandibular hay casos en los que la tensión del espasmo muscular, traccionando hacia adelante y la falta de tensión en el freno meniscal posterior provocan la pérdida del disco articular. En ese instante se percibe un ruido o clic de cierre. En casos extremos la severidad del espasmo muscular y/o el deterioro de las estructuras impiden que el disco sea recapturado, y estamos en presencia de la traba articular.

Dentro de los factores determinantes y agravantes en este complejo problema podemos citar entonces:

1. Las Oclusiones deflectivas.
2. La frecuencia en la contracción muscular (parafunción - bruxismo)
3. La edad del paciente.
4. Su estado general.
5. El tiempo de instalada la patología.

ENFOQUE TERAPEUTICO

Según lo expuesto anteriormente resulta razonable pensar que la orientación de nuestro tratamiento rehabilitador debe ser desarrollado en una posición terapéutica lo más cercano posible a la R. C. en todos aquellos casos en que ello sea factible. Cuando la evolución de la patología y el deterioro de las estructuras lo impidan, se intentará efectuarlo en una posición adaptativa funcional incluyendo aquellos casos en los que el cóndilo esté fuera del disco y este no pueda ser recapturado. La cirugía debe ser considerada un recurso extremo, reservado para aquellos casos en los que la permanencia de los trastornos funcionales o la persistencia de síntomas dolorosos así lo indiquen.

Clínicamente pueden aceptarse como válidas las siguientes situaciones de compromiso en el sistema odontoestomatognático, lo que nos permitirá comprender mejor los fundamentos de un enfoque terapéutico adecuado:

- a. Un cambio adaptativo funcional (*no patológico*).
- b. Una patología de origen fundamentalmente neuro-muscular.
- c. Un desplazamiento anterior del disco con escaso compromiso de las estructuras articulares (el disco es rápidamente recapturado durante los movimientos de apertura o de propulsión).
- d. Un desplazamiento anterior del disco con marcado compromiso articular (el disco se recaptura tardamente).
- e. Una traba articular (T.A.) en la intensidad del espasmo muscular (T.A. aguda) o la magnitud del deterioro fundamentalmente de la zona bilaminar (T.A. crónica) impidan que el disco pueda ser recapturado.

El estudio clínico exhaustivo de cada caso en particular nos permitirá implementar el tratamiento correcto según el siguiente esquema general:

En las situaciones b y c en las que un plano inclinado anterior (generalmente perpendicular al eje longitudinal de los dientes antero inferiores) permita la rápida recuperación de la ubicación fisiológica de complejo cóndilo-disco, el tratamiento puede ser efectuado en forma más o menos inmediata, eliminando los contactos deflectivos y restituyendo los mecanismos de desoclusión perdidos.

En las situaciones b y c cuando no se produce una rápida resolución de los síntomas, se debe intentar en primer término, lograrlo mediante el uso de una placa neuromiorrelajante o algún otro medio terapéutico equivalente.

En los casos de situación c que no se resuelvan satisfactoriamente en un lapso, que de acuerdo a la edad de paciente y al tiempo de evolución de la patología, puede variar entre 45 días y 3 meses, se debe confeccionar una placa recapturadora para intentar reposicionar el disco; articular según la siguiente metodología:

1. Una vez completado el estudio clínico-radiográfico de rutina y confeccionada la historia clínica correspondiente se procede a obtener impresiones completas de ambas arcadas.

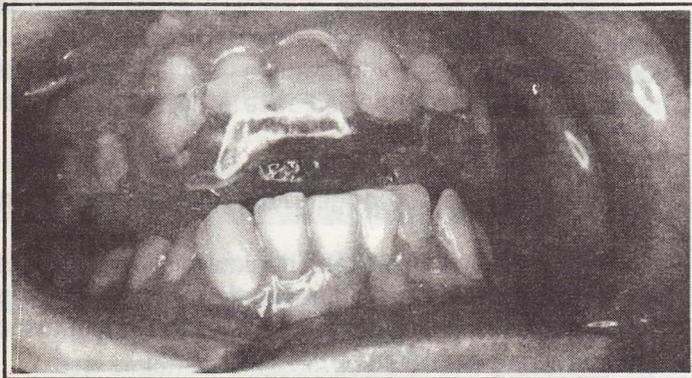
2. Los modelos vaciados en densitas son montados en posición terapéutica propulsiva, es decir, luego del ruido de propulsión (equivalente al de apertura) y justo antes que se produzca el de retrusión (equivalente al ruido de cierre).

3. En esa posición se construye una placa recapturadora superior de acrílico, para uso nocturno, con las siguientes características:

- a. Máxima intercuspidación en dicha posición terapéutica propulsiva.

- b. Desoclusiones generadas por guía anterior y guía canina.

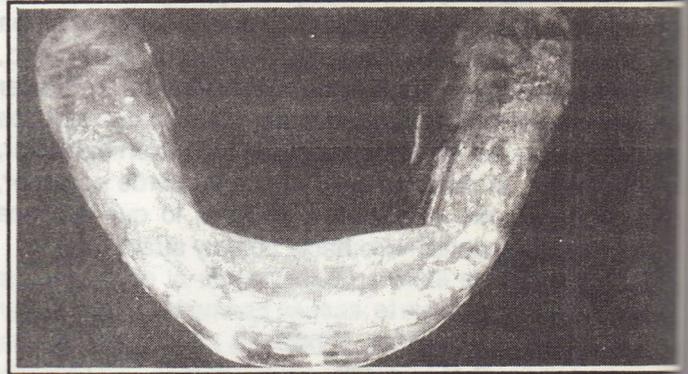
- c. Una prolongación de acrílico sobre la cara lingual de los incisivos inferiores que impida la retrusión de la mandíbula. (Fig. 5 y 6).



Placa reposicionadora caso clínico

4. Construir en esa misma posición terapéutica una placa inferior para uso diurno. La programación de sus características oclusales es igual a la anterior (máxima oclusión en posición terapéutica y desoclusiones anterior y lateral) pero si presentar traba lingual alguna.

Esta placa es más cómoda, pues permite una mejor fonación y resulta más estética, por lo que es más fácil que el paciente acepte su uso permanente.



Placa reposicionadora

En situación c. cuando el disco articular puede ser recapturado, pero el deterioro de las estructuras impide que sea reposicionado, no tenemos más opción que elegir entre la rehabilitación del caso en esta posición terapéutica complejo cóndilo-disco adelantado o el tratamiento quirúrgico. En nuestra opinión la cirugía es recurso de elección para aquellos casos en que los síntomas persisten después de haber intentado una terapia conservadora.

Para su concreción se desarrolla una oclusión en dicha posición terapéutica (máxima intercuspidación en propulsión mandibular) y las desoclusiones correspondientes. Esta nueva oclusión programa a su vez la nueva posición de descanso y el nuevo engrama de cierre y mantiene, si el tratamiento resulta exitoso, la articulación asintomática e tratamiento rehabilitador definitivo de mayor complejidad no debe ser encarado antes de los 6 meses o un año de la desaparición total de los síntomas agudos.

En situación e. si se trata de una traba articular aguda, el disco debe ser recapturado mediante una maniobra de tracción de la mandíbula, hacia abajo y adelante mantenida esa posición propulsiva durante el período agudo. Luego lentamente, a medida que la curación de las estructuras así lo permita, se irá reposicionando el complejo disco-cóndilo hacia una posición más retrusiva, hacia relación céntrica, mediante el uso de placas tal como se vio en situación d.

A partir que eso se logre el tratamiento continúa de manera habitual.

La traba articular crónica ha de ser tratada en forma similar a la situación d. pero la posición terapéutica está ubicada con los discos ubicados fuera del ensamble con cóndilo.

Entre éste y la eminencia articular del temporal, se puede llegar a desarrollar un tejido fibroso que pretende reemplazar, de manera mucho más limitado por supuesto la función del disco articular. Al igual que en el tratamiento de la situación d. este tipo de restauración debe ser considerada una terapéutica extrema y el recurso quirúrgico no ha de ser descartado por lo menos antes del año o desaparición total de los síntomas agudos.

RESUMEN

Es un hecho universalmente conocido que el tratamiento apropiado de un trastorno funcional debe ser basado en un diagnóstico adecuado. El manejo clínico del dolor pro-facial y la disfunción de la A.T.M. no son excepción a esta regla. El conocimiento de la importancia que reviste la correcta relación cóndilo-disco-cavidad glenoidea y la necesidad de mantenerla o recuperarla cuando se hubiese perdido es fundamental en este tipo de terapia.

El uso de las placas reposicionadoras en pacientes jóvenes que no responden a la terapia tradicional es un recurso útil a tener en cuenta para lograr el restablecimiento de una relación normal, con centricidad mandibular.

BIBLIOGRAFIA

1 - Capman R. J., Meness N. L., Osorio, J. - Occlusal contac variation with changes in heaad position, Int. J. Prosthodontl - 4; 377 - 381 - 1991.

2 - Chaves, R., Tannous, M. - Tratamiento del sistema gnático - Avances en Odontoestom. -3: 217 - 221- 1987.

3 - Friedman H., Weisberg J. Temporomandibular doint Disorders - Quintessence. 1985.

4 - Gross M., Mathews J. - Oclusion in Restaurative Dentistry- Technique and Theory. 1982

5 - Guichet N. - Cliinical Management of occlusally related orofacial pain and TMJ dysfunction- J. Craniomand. Practice 1: 6000-73.

6 - Meness W.L., Podoloff R. -Distribution of occlusal Contacts in maximum intercuspidaioon- J. Prostheet. Dent. 62: 238 - 242 - 1989.

7 - Monghini F. -The Stomatognathic - System - Quintessence. 1984.

8 - Neff P. - Occlusion and Function - Georgetown Univeersity School of Dentistry. Second Printing. 1976.

9 - Okeson J. - Fundaments of Occlusion and Temporomandibular Disorders- The C. V. Mosby Co. 1985.

10 - Tannous M, Chaves R., -Armonización dentaria por medio del desgaste selectivo o ajuste oclusal-Avances en Odontoestom. 5: 377 - 382 - 1989.

LA LINEA DE LA SONRISA

por DIEGO J. BARLETTA

