



Dr. Carlos A. Acuña Priano

Odontólogo. Diplomado SEI. Fellow Icoi. Master NYU/ESORIB
Miembro Fundador de la Academia Internacional de Implantología y Periodoncia A.I.I.P.
Miembro de la Academia Internacional de Odontología Integral A.I.D.O.I.
Profesor del 1º curso de Master en Cirugía Oral, Implantes y Periodoncia de la UMA

Salvatore Fiorillo

Técnico en Prótesis Dental

Invasión del espacio libre interoclusal y sus consecuencias fisiopatológicas (2ª parte)

Dolor mio-facial por aumento de la dimensión vertical Levantamiento de mordida

Resumen

Se presenta un caso clínico derivado, con claros síntomas de algías musculares tanto en la función como en el reposo. Paciente migratoria por varias consultas, la última de las cuales me la remiten para su evaluación. Además del cuidadoso examen realizado por la clínica derivante, se observan claros síntomas asociados a la falta de reposo de la musculatura masticatoria.

Palabras clave

- DTM: Disturbio Temporo Mandibular
- ORC: Oclusión en Relación Céntrica
- G.A.: Guía Anterior
- LL: Laminillas de Long
- DP: Dolor Protópático

Material y métodos

- Uso del protocolo DATO.
- Articuladores Semiajustables *Wip Mix* y ajustables *Ar-tex*.
- Técnica de obtención de la ORC: Mediante relajación con laminillas de *Long* y *Jig* de *Lucia*.
- Restauraciones mediante: Fundas de porcelana de alta densidad.

Introducción

El presente trabajo constituye la 2ª parte del Caso Clínico publicado en el número 225 de Gaceta Dental (páginas 140-

161), con el título «Invasión del espacio libre interoclusal y sus consecuencias fisiopatológicas (1ª parte)», que se puede consultar también en la página web www.gacetadental.com.

Etapas Terapéuticas

Comenzamos desmontando los sectores posteriores, lo que constituye un camino a la inversa de cómo se debe montar una rehabilitación oral.

Comenzamos por el sector superior derecho, instalando nuestros provisionales del sector y ganando la mitad del espacio creado en el articulador. (Nótense los mini-desgarros gingivales producto de un tallado infragingival por alisado radicular, con la consecuente retracción de encía a fin de que el borde cavo superficial de la preparación racional termine siendo supragingival para facilitar el cepillado) (Fig. 57 a 60).

Fig. 57.





Fig. 58.



Fig. 59.



Fig. 60. Ganancia 1/2 del espacio.

Procedemos de la misma manera en el sector inferior derecho, antagonista del anterior (a fin de preservar entre sesiones el sector izquierdo para que pueda masticar) obteniendo el doble de espacio que en la sesión anterior, lo que constituye todo el espacio anómalo aumentado, obtenido por la reconstrucción previa (fig. 61 y 62).

De igual manera, actuamos con los sectores superior izquierdo e inferior izquierdo (fig. 63 a 69).



Fig. 61.



Fig. 62. Ganancia de todo el espacio aumentado en la RO previa.



Fig. 63.

Fig. 64.



Caso clínico



Fig. 65.



Fig. 66.



Fig. 67.

Fig. 68.



Fig. 69 Doble espacio.

Estamos ahora en presencia de una Clase II de Kennedy (desdentado bilateral posterior, ya que no hay contactos posteriores).

Tomamos impresiones, las reflejamos en modelos de yeso, los cuales montamos correctamente, y tomamos referencia inter-premolar de la dimensión vertical que la paciente portaba al comenzar el tratamiento (1ª Guía de DV), a fin de compararlas con la que tomaremos al final del mismo (fig. 70 y 71).

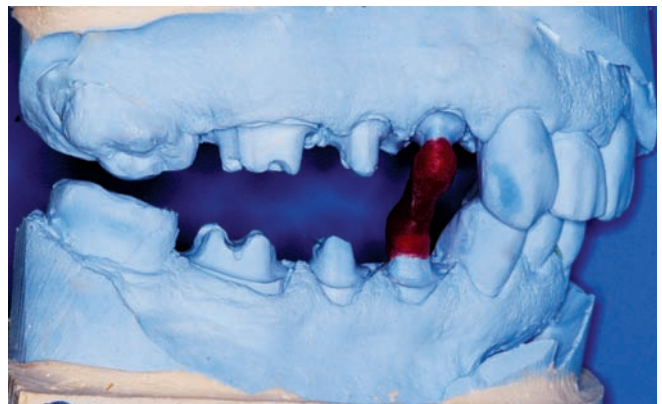


Fig. 70. 1ª Guía de DV.

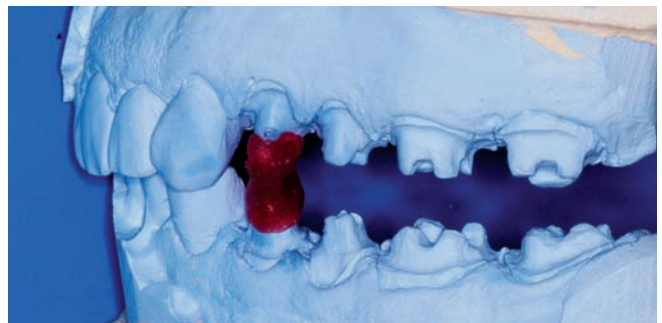


Fig. 71. 1ª Guía de DV.

Esto nos permite, entre una sesión y otra, proveer al sistema de un contacto únicamente anterior (mediante las coronas altas del sector anterior, que ya portaba la paciente).

24 horas después, procedemos a levantar dichas coronas anteriores, con la certeza de que el S.E.G. **no tenía ningún elemento causante de discrepancias por fuera de la RC**. Es decir, como si hubiera portado durante 24 horas unas laminillas de Long, o un *jig de Lucia*, o cualquier elemento desprogramador que eliminara los engramas anteriores iatrogénicamente instalados.

Es en esta situación que procedemos a remover las pie-

zas anteriores constituyentes de la G.A. que portaba (fig. 72 a 75).



Fig. 72.



Fig. 73.



Fig. 74.

Fig. 75.



Retocamos los talados en la medida de lo posible (fig. 76 y 77).



Fig. 76.



Fig. 77.

Y a la espera de los provisionales de laboratorio, montamos un conjunto provisional mediante un set up tomado de la réplica del encerado, el cual es rebasado en boca (técnica que genera cierta deformación de las caras oclusales, debido a la presión digital que hay que ejercer).

Esto nos permite tener la boca fácilmente «desnudable» a la espera del trabajo del técnico de laboratorio (fig. 78 y 79).

Fig. 78.



Caso clínico



Fig. 79.

Tomamos nuevos registros, montamos el articulador y se confeccionan los provisionales que la paciente tendrá en boca con los ajustes correspondientes y periódicos para obtener la resolución del caso en fase de provisionales (fig. 80 a 84).



Fig. 80.



Fig. 81. Propulsión.

Mientras estos se construyen, procedemos a re-endodonzar el 47 en el afán de resolver los síntomas que la paciente dice sentir en la zona inferior derecha.

Tras numerosas sesiones con OHCA, decidiremos extraer la pieza, ya que los síntomas no remitieron (fig. 85).



Fig. 82. Lateralidad izquierda.



Fig. 83. ORC.



Fig. 84. Lateralidad derecha.

Días después, instalamos el primer juego de provisionales correctos (fig. 86 a 89).

Para comprobar lo obtenido en cuanto a la Dimensión Vertical, instalamos las primeras guías de DV, en el articulador donde fueron construidos los provisionales actuales, observando

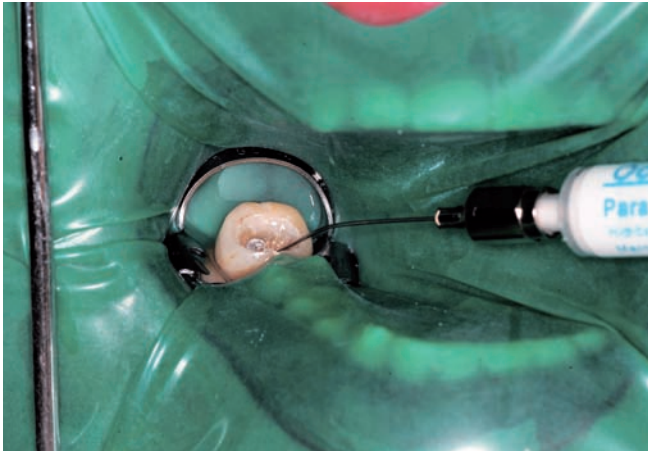


Fig. 85.



Fig. 88. Lateralidad izquierda.



Fig. 86. ORC.



Fig. 89. Propulsión.



Fig. 87. Lateralidad derecha.

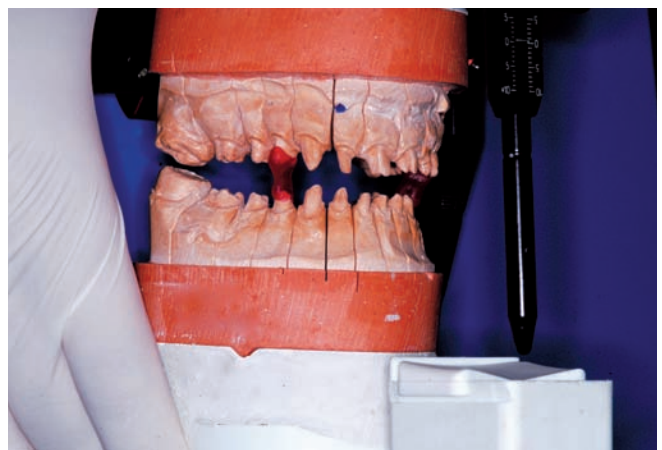


Fig. 90. 1ª Guía en modelo totalmente tallado.

la evidente apertura de las ramas del articulador, evidenciadas en el aumento de la altura en casi 5 mm (fig. 90 a 92).

Inmediatamente después de instalar los provisionales a una altura correcta, la enferma comienza a remitir los síntomas iniciales de algias musculares por estiramiento de los

músculos masticatorios. No obstante, persiste en la sensación de tener los «dientes secos», sensación que no obedece a falta de secreción salivar, y un cierto dolor protopático en la zona del 47, molar que hemos dejado con OHCA.

En la sesión siguiente se le receta Jugo de Aloe Vera/Pró-

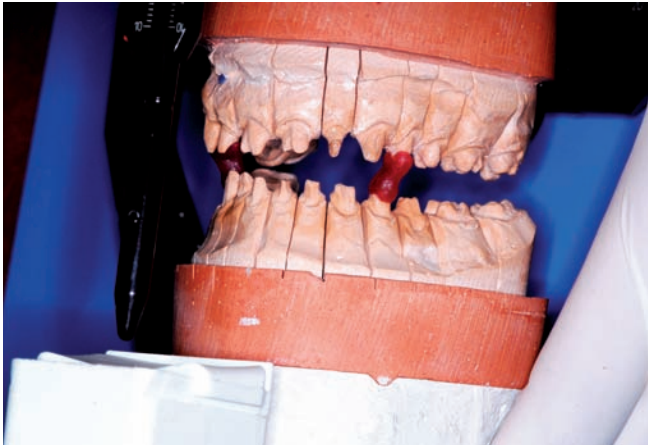


Fig. 91. 1ª Guía en modelo totalmente tallado.

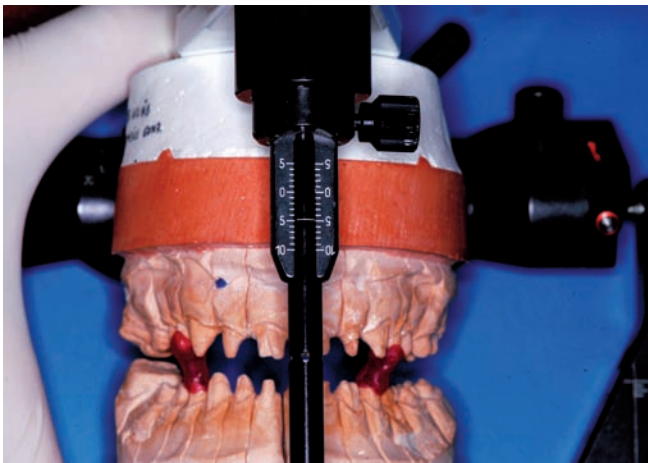


Fig. 92. Evidente aumento de la DV. El PIN incisal en -5 mm. evidencia el aumento de DV.

polis en forma farmacéutica de enjuague bucal, y se le renueva la obturación de OHCA.

Durante los siguientes días, dice mejorar esa sensación de «dientes secos», no así, la del dolor en la encía del 47.

Permanecemos durante seis meses, controlando mensualmente los síntomas musculares, dientes secos y dolor en la encía del 47. Los dolores musculares no se repiten, pero los otros dos persisten.

Observando que la disfunción muscular va en camino de remitir, construimos un segundo nuevo juego de provisorios que, al igual que los primeros, ajustamos mensualmente en los puntos estabilizadores hasta alcanzar, seis meses después, una estabilidad absoluta desde el punto de vista clínico.

La sensibilidad de la gíngiva inferior derecha persiste a pesar de cuatro reposiciones del OHCA, con lo cual determinamos que la etiología **no es endodóntica**.

Decidimos, con el consentimiento de la enferma, realizar la exodoncia de dicha pieza y, por supuesto, su antagonista.

Remitimos a la paciente a un neurólogo, quien modifica la posología de la medicación antidepressiva.

Después de los últimos ajustes oclusales, consistentes en el desgaste de los puntos estabilizadores (**preservando los topes**) y la adición de las puntas de los cuatro caninos encargados de las disclusiones en lateralidad (fig. 93 a 96); después de la observación de la falta de síntomas y signos temporomandibulares, oclusales, musculares, de adaptación de los tejidos gingivales y de la sanidad pulpar de las piezas dentarias que sufrieron reiterados desgastes, procedemos a la construcción de las porcelanas definitivas de ésta, **su segunda rehabilitación**.



Fig. 93. ORC.



Fig. 94. Lateralidad derecha.

Fig. 95. Lateralidad izquierda.



Caso clínico



Fig. 96. Propulsión.



Fig. 99. La boca se abre.



Fig. 97. Primera guía de dimensión vertical derecha.



Fig. 98. Primera guía de dimensión vertical izquierda.

Pero previamente, en la boca de la paciente, desnudamos los sectores posteriores e instalamos nuestra primera Guía de Dimensión Vertical, **tal como antes lo habíamos hecho en el articulador** (fig. 97 y 98): observando cómo la boca se abre (fig. 99).

Procedemos a cambiar las Guías de Dimensión Vertical, por las realizadas con la Dimensión Vertical ajustada, y vemos cómo los anteriores contactan (fig. 100 a 102), **permitiendo**

que la musculatura entonces alcance su punto de relajación y descanso, lo que los distintos autores han denominado de diferente manera, pero que en definitiva podemos llamar: **inoclusión fisiológica estática**.



Fig. 100. Segunda guía de dimensión vertical derecha.

Fig. 101. Segunda guía de dimensión vertical izquierda.





Fig. 102. La boca se cierra.

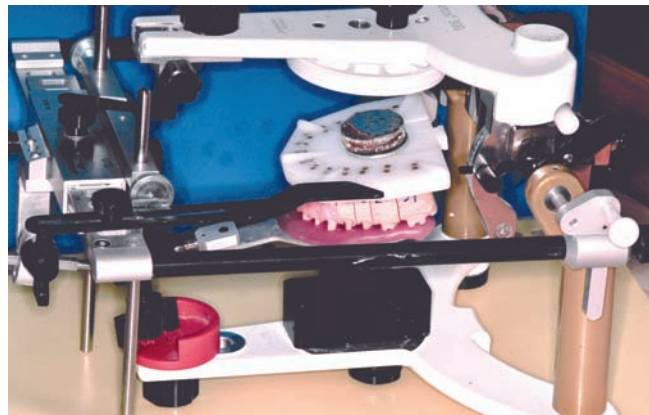


Fig. 105. Montaje del superior.

Confección e instalación de las porcelanas

Tras las impresiones definitivas, logramos el montaje del superior mediante el uso de un arco facial estático convencional, pero no se hace necesaria la relajación de la musculatura, **dado que permanece, desde hace mucho tiempo ya, con una oclusión estable (provisorios).**

Por lo tanto, reducimos los registros intermaxilares a ceras bilaterales y una Guía de Cierre otorgada por la Guía Anterior en provisorios (fig. 103 a 105).

Se bizcochan y se prueban en boca las primeras doce piezas correspondientes a la Guía Anterior definitiva (fig. 106).



Fig. 103.



Fig. 106. GA definitiva.

Fig. 104. Registro interoclusal.



Se chequean las lateralidades y propulsivas en boca, tal como se hizo en el articulador (fig. 107 a 109).

Fig. 106. GA definitiva.





Fig. 108. Guía canina superior izquierda.



Fig. 112.



Fig. 109.

Se glacean y se acepta la estética (fig. 110 a 112).
Se terminan los cuadrantes posteriores, se chequean nuevamente y se cementan con la técnica alternada (fig. 113).



Fig. 110.



Fig. 113.

Una vez cementado el caso se reitera la revisión de ambas lateralidades y propulsiva y, en caso necesario, se ajusta y pule con goma (fig. 114 a 119).

Fig. 111.

Fig. 114. ORC definitiva.



Caso clínico



Fig. 115. Lateralidad derecha definitiva.



Fig. 116. Lateralidad izquierda definitiva.



Fig. 117. Propulsión definitiva.

Fig. 118. Alineación tridimensional / Wilson.

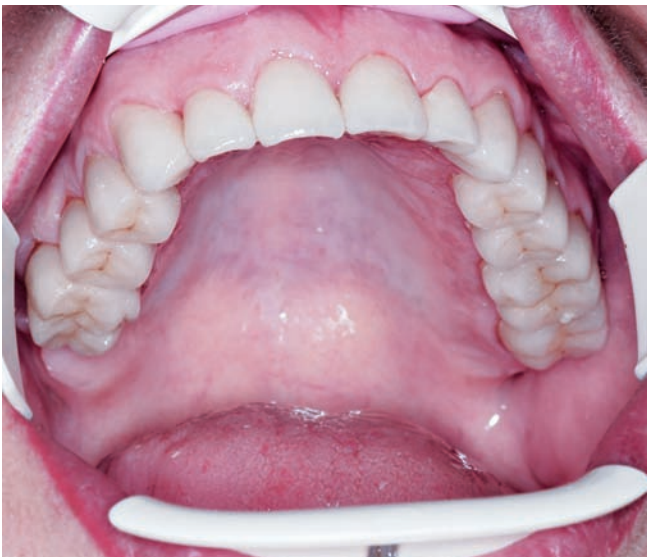


Fig. 119. Alineación tridimensional / Wilson.

Se realizaron controles mensuales, trimestrales, semestrales, con algunas sesiones de ajuste oclusal por sustracción (fig. 120 a 125).



Fig. 120.

Fig. 121.



Caso clínico



Fig. 122.

Fig. 123.



Fig. 124.

Fig. 125.



Conclusiones

Transcurrido un año, la ausencia de síntomas musculares es absoluta.

La eficacia masticatoria, obtenida mediante la reproducción de los cuatro niveles de la oclusión, con los **Conceptos de Oclusión Mutuamente Compartida** (Alonso, 1985) y con una elongación muscular fisiológica que permite la longitud adecuada para un espacio libre interoclusal (E.L.I.) no invadido, nos permite obtener la carencia de síntomas.

Persisten la sensación de «diente seco» y el dolor protopático de la gíngiva inferior derecha.

Dirección para correspondencia:

C/Hilera, 10, 1ºD.

29007 Málaga (España)

Tel. 0034 952 28 12 41

E-mail: cartito48@hotmail.com

Web: www.dracuna.com

Blog de intercambio profesional: www.oclusion.es

BIBLIOGRAFÍA

- Echeverri Guzmán E., Sencherman Kovalski, G.** Neurofisiología de la Oclusión. Ed. Monserrate. Bogotá (Colombia) 1984.
- Martínez Ross E.** Procedimientos clínicos y de Laboratorio de la Oclusión Orgánica. Ed. Monserrate. Bogotá (Colombia) 1984.
- Alonso-Albertini-Beche-lli.** Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral. Ed. Panamericana. Buenos Aires, Bogotá, Caracas, Madrid, México, Sao Paulo 1999.
- Dos Santos Jr. J.** Gnatología. Principios y conceptos. Ed. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica. Caracas (Venezuela) 1992.
- Mans Fresse A.E., Bioti Picand J.L.** Manual Práctico de Oclusión Dentaria. Ed. Amolca. Caracas (Venezuela) 2008.
- Neff P.A.** Oclusión y Función. Panayotis A.N. Nafplictis. Editado por el autor. Georgetown University. Escuela Dental. Washington, DC.
- Neil C.** Fundamentos Científicos y Aplicaciones Prácticas de la Oclusión. Quintessence. Barcelona 2005.
- Uffman-Regenus.** Principios de Oclusión. H&P Press. Columbus, Ohio. 1980.
- Estrella Sosa, G.** Detección precoz de los desórdenes temporomandibulares. Ed. Amolca, 2006.
- Learreta-Arellano-Yavich.** Atlas de imágenes sanas y patológicas de la articulación temporomandibular. Ed. Artes Médicas, 2008.
- Isberg, A.** Disfunción de la articulación temporomandibular. Una guía práctica para el profesional. Ed. Artes Médicas, 2006.