

**DESÓRDENES MASTICATORIOS:
EL COLAPSO OCLUSAL Y SU TRATAMIENTO**

***MASTICATORY DISORDERS:
OCCLUSAL COLLAPSE AND ITS TREATMENT***

Félix-Manuel Nieto Bayón

Académico correspondiente

Clínica Estomatológica médico-quirúrgica, Dr. Nieto Bayón
C/ Santiago 14 - 47001 - Valladolid. Tfno. 983 356 292. E-mail: fmnietobayon@hotmail.com

Comunicación presentada el 13 de Noviembre de 2014

An Real Acad Med Cir Vall 2014; 52: 23-32

RESUMEN

Dentro de los desordenes masticatorios mas graves, se encuentra el **Colapso Oclusal** que por su compleja **patología** y dificultad de **tratamiento**, siempre supone un reto para el odontoestomatólogo. Si bien estos casos pueden tratarse de forma multidisciplinar, rotando al paciente por diferentes profesionales con dedicación exclusiva, como: periodoncista, ortodoncista, protodoncista, implantólogo y aquellos dedicados a la patología de la ATM. En el caso que nos ocupa, hemos creído oportuno tratarlo de forma integral, evaluando previamente todas las circunstancias que concurren en el paciente y así, ofrecerle la solución que creímos más adecuada dada su edad, la necesaria inmediatez del tratamiento y la ventaja acomodaticia para el mismo, al ser tratado de forma continua y escalonada por un sólo profesional, conocedor intimo de cada paso en la resolución de su problema. Entendemos por consiguiente, que el **tratamiento integral(TI)** realizado por nosotros es el más indicado en estos casos, siempre que tengamos presentes los parámetros precisos de actuación para los mismos. Consideramos el **Colapso Oclusal (CO) como un síndrome**, como una entidad, cuyo comienzo es el edentulismo parcial, el cual induce a una patología oclusal, que afecta al periodonto y produce destrucción y migración dental patológica. Y más que una entidad, es el proceso de la evolución de una enfermedad, cuyo inicio es la pérdida dental.

Palabras clave: Edentulismo parcial, Enfermedad Periodontal, Bruxismo, Dimensión vertical, Relación Céntrica, ATM.

ABSTRACT

Occlusal collapse can be included among the most severe masticatory disorders. It is always a challenge for the stomatologist due to its **complex pathology** and **difficult treatment**. It can be treated following either a multidisciplinary approach involving different professionals such as the periodontist, the orthodontist, the prosthodontist, the implantologist and those devoted to the pathologies of the TMJ, or a more integral process. Due to the circumstances of our patient such as his age, the compelling immediacy of the treatment and the convenience of being treated by just one professional able to solve the problem, we decided that the **integral treatment (IT)** is preferable whenever all the treatment patterns are taken into account. We deem the **Occlusal collapse (OC) as a syndrome**, an entity starting as a partial edentulism that induces an occlusal pathology affecting the periodontium and causing destruction and pathologically migrated teeth. It is, more than an entity, the evolution process of a disease initiated with the dental loss.

Keywords: Partial edentulism, Periodontal disease, Bruxism, Vertical dimension, Centric relation, TMJ.

1. INTRODUCCIÓN

Presentamos el **(TI)** de un caso que pudiera haber sido tratado de forma multidisciplinar como apuntamos anteriormente. El **Síndrome de Colapso Oclusal (CO)** es una entidad patológica caracterizada por ausencias dentarias, con afectación del periodonto: **Enfermedad Periodontal (EP)**, que induce a una migración dental anómala, y más que una entidad es el procesoevolutivo de una enfermedad. Ésta ha sido considerada por algunos autores como Dersot JM y colaboradores (11), Shifman A. y colaboradores (24) y Bardález R. (4) con los siguientes signos: **1.** Arcos dentales con espacios edéntulos sin restaurar y, malposiciones que alteran el plano de oclusión. **2.** Contactos prematuros e interferencias que conllevan a falta de coincidencia entre la posición de máxima intercuspidadación **(MI)** y relación céntrica **(RC)**. **3.** Dientes anteriores superiores y/o inferiores en abanico por migración patológica, asociada a enfermedad periodontal y trauma oclusal; fenómeno descrito por Brunsvold MA. (6), quien afirma que las fuerzas oclusales y de tejidos blandos como la lengua y los labios, contribuyen a la migración anormal de los dientes. **4.** Disminución de la **Dimensión VerticalOclusal (DV)** por pérdida dentaria, bruxismo y falta de adecuado soporte posterior (23-24), lo que según Kelly JT (14), complica la fase restauradora por deficiente espacio interoclusal y **5.** Patología de todas las articulaciones que conforman al **Aparato Estomatognático (AE)** (4-25). El propósito de este tratamiento es presentar una propuesta de **(TI)** para el análisis de los elementos que caracterizan el **(CO)**.

2.- CASO CLÍNICO

Paciente de 72 años que acude a la consulta presentando sintomatología álgica en boca y región preauricular, con pérdida de la **(DV)** por edentulismo parcial, bruxismo y destrucciones, acompañado de movilidad dentaria, trauma oclusal primario y secundario por prematuridades e interferencias y, **Síndrome dolor disfunción de la Articulación Témporo-Mandibular (SATM)**.



Fig. 1. Estado inicial del paciente

3. DIAGNÓSTICO

Realizamos las pruebas diagnósticas de exploración clínica, fotografías intra y extraorales, radiográficas: ortopantomografía con coeficiente de magnificación, RX intraorales y modelos de estudio en escayola piedra, con encerados para comprobar una oclusión funcional y a la vez estética, montándoles en un articulador semiajustable.

Con dicho estudio, confirmamos que se trata de un paciente con **(CO)**. Cuyo tratamiento siempre va a suponer un desafío para el protodoncista, debido a la florida patología que presenta su **(AE)**, donde han desaparecido todas las referencias intermaxilares funcionales y estéticas. De esta manera, nos encontramos con ausencias y migraciones dentarias, una gran pérdida de soporte óseo y, de estructuras dentarias que habrá que acondicionar, para después restituir, con prótesis definitivas dentoportadas.

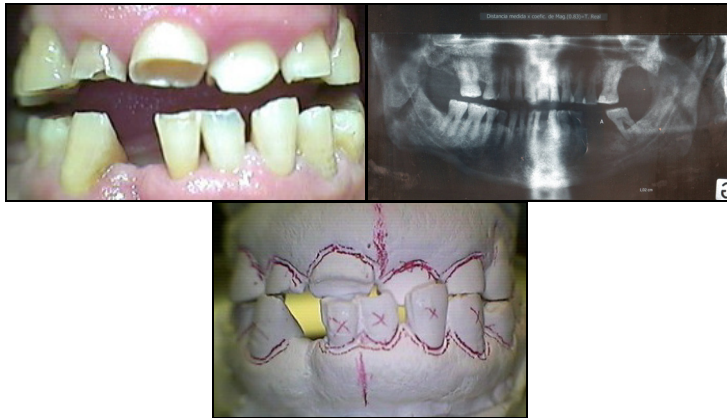


Fig. 2. Diagnóstico: Fotografía, Ortopantomografía y Modelo de estudio

4. OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

- **Eliminar la sintomatología álgica:** De origen dental, periodontal y articular.
- **Mejorar la función masticatoria:** Eliminando prematuridades, interferencias, aumentando la **(DV)** e intentando que la **(RC)** coincida con **(MI)**.
- **Favorecer la estética:** Con prótesis cerámicas, modeladas de acuerdo al estudio de encerado previo, según su función y fisonomía.

5. PROTOCOLO DE ACTUACIÓN

Al ser un enfermo periodontal con pérdidas dentarias, trataremos en primer lugar su periodontitis a fin de restablecer en la medida posible la salud de sus tejidos, atajando la destrucción del periodonto y con ello favoreciendo la inserción del diente en su alveolo. Realizaremos remodelación y escultura dental en dientes con gran desgaste y destrucción, afectados de fracturas, abrasiones, erosiones etc. producidas por interferencias, prematuridades y bruxismo, cuyas consecuencias han disminuido las coronas clínicas, lo que nos obliga también a realizar gingivectomía, en aquellas piezas dentarias que lo demanden. Por último, colocaremos prótesis fijas dentosoportadas ceramo-metálicas, siempre ferulizadas y segmentadas (huyendo de ferulizaciones monobloc), reponiendo dientes ausentes, adecuando la relación oclusal intermaxilar y aumentando la **(DV)**. Finalizaremos con la colocación de una férula de descarga en el Maxilar Superior, que nos mejorará la sintomatología álgica de su ATM y favorecerá la fijación dentaria.

6. SECUENCIA DEL TRATAMIENTO

a) Tratamiento Periodontal: Procedemos a realizar **detartraje o tarctrectomía**, retirando el tártaro o sarro dental tanto supragingival como el subgingival, con aparatología ultrasónica, continuamos cureteando, raspando las superficies radiculares y realizando el pulido y alisado de las mismas, terminando con la aplicación en ambas arcadas dentarias, de cubetas con fluor, en forma de fluoruros, que favorecen la remineralización del diente.

b) Gingivectomía: En aquellas piezas dentarias que son subsidiarias, para alargar la corona clínica o bien para mejorar la estética, así el 21 y 12.

c) Escultura dental: Reconstrucciones estéticas con material compuesto, remodelando la anatomía perdida del diente, es decir, alargando las coronas clínicas destruidas, a fin de poder aumentar la **(DV)** y procurar una nueva Guía Anterior **(GA)** funcional, que consiga resalte y sobremordida, favoreciendo y mejorando la estética.

d) Registros en (RC): Con ceras de articulación en **(RC)** determinamos la **(DV)** que vamos a aumentar, teniendo en cuenta que el aumento de un milímetro y medio a nivel de segundos molares se corresponde con un aumento de tres milímetros en incisivos. Y que el segundo premolar es clave en el aumento de **(DV)**, ya que sus cúspides están al mismo nivel y por lo tanto tienen la misma altura.

e) Dimensión Vertical: Encerado de estudio para comprobar la morfología y longitud de dientes anteriores acorde con el aumento de **(DV)** predeterminada; dicho aumento será a expensas de ambas arcadas dentarias tanto superior como inferior, que comprobaremos con pruebas fonéticas, invitando al paciente pronunciar palabras con el vocablo "S".

f) Tallados: De todas las piezas dentarias remanentes en ambos maxilares una vez reconstruidas. Tallaremos primero un lado para no perder la referencia contralateral registrada con las ceras articulares y volvemos a tomar registros articulares en **(RC)**.

g) Prótesis provisionales: Fabricadas con resina autopolimerizable y en clínica, no en el laboratorio de prótesis, ya que de esta manera las conseguimos de forma inmediata y segura, protegiendo al diente, ajustando la **(DV)** exacta deseada y dando confort al paciente. Con los registros de cera realizados previamente en **(RC)** y, que contienen también la información de la **(DV)** confeccionamos las provisionales de un lado, con la altura determinada por el espacio interoclusal dejado por las ceras contralaterales. Igualmente se pueden realizar habiendo confeccionado un jig de Lucia, para precisar la **(DV)**.

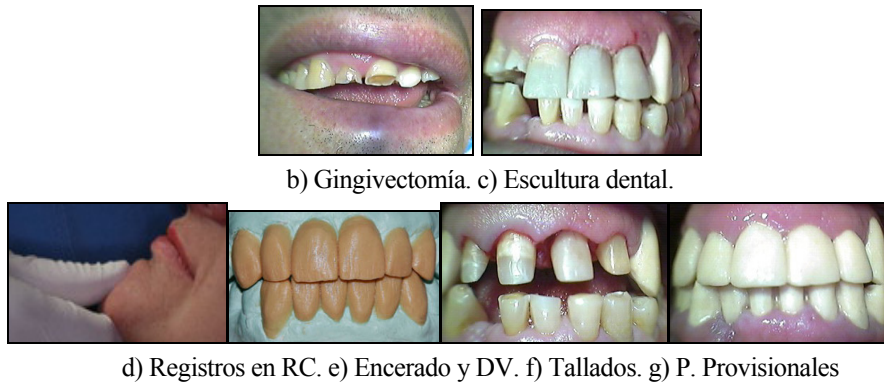


Fig. 3. Secuencia

6. TRATAMIENTO PROSTODÓNTICO DEFINITIVO

1 - Tomaremos impresiones definitivas previa colocación de hilo de retracción (a fin de reproducir de la manera mas exacta los límites del tallado de nuestras preparaciones) con siliconas de adición, mediante la técnica de doble impresión. Así obtendremos los modelos maestros que trasladaremos al articulador funcional semiajustable. Localizado el Eje de Giro Instantáneo, con el arco facial registramos el plano de Francfort, para transportar el modelo del Maxilar Superior craneométricamente al articulador. Y con ceras de articulación en **(RC)**, relacionaremos los modelos de ambos maxilares a la **(DV)** aceptada. La inclinación de la Trayectoria Condílea y el Ángulo de Bennett los determinaremos con registros de cera en protrusiva y lateralidades respectivamente.



Fig. 4. Plano de Francfort y Articulador

2 - Las prótesis serán confeccionadas en metal noble y cerámica, de manera sectorial en tres tramos (uno anterior y dos laterales) en ambos maxilares. Siempre tratamos de huir de ferulizaciones completas en "monobloc".

3 - Prueba de cofias metálicas, donde comprobaremos inserción y ajuste de las mismas. Y toma de color, si no se hubiera realizado anteriormente.

4 - Prueba de bizcocho: Con las cofias revestidas de cerámica y toda la rehabilitación colocada en boca, controlaremos la correcta oclusión en todas las posiciones mandibulares, observando que, **(MI)** coincide o está muy cerca de **(RC)**, que tenemos protección canina o de grupo en lateralidades y, que en protrusiva existe disclusión posterior (fenómeno de Christensen).

En este momento, aceptamos la correcta oclusión y, si fuera necesario, tallamos un preciso ajuste oclusal.



Fig. 5. Cofias metálicas y Bizcocho

7. COLOCACIÓN Y TERMINACIÓN

Una vez terminadas las prótesis en el laboratorio, con el glaseado final, ya recogen su belleza y nos muestran en plenitud el color y tono seleccionado. Accedemos a la colocación de las mismas en boca, con un cemento de ionómero de vidrio. Y nuevamente, comprobamos la correcta función oclusal en todas las posiciones mandibulares y confirmamos la mejora estética dental y facial.

Instaladas las prótesis definitivas y para su buen mantenimiento, tomamos nuevas impresiones, para la realización de una férula de descarga neuromiorelajante, tipo Michigan, para el Maxilar Superior; rígida, con Plano oclusal plano, ligeras muescas de dientes antagonistas sin contacto a nivel incisal, rampas caninas y disclusión posterior en protrusiva. La finalidad de la férula será, mejorar la sintomatología articular de ambas **(SATM)**, favorecer la retención dentaria y oclusión, tras los cambios realizados, protegiendo al mismo tiempo las prótesis cerámicas, al tratarse de un paciente bruxista.

Por último haremos revisiones periódicas a quince días, al mes, a tres meses, a seis y al año.



Fig. 6. Prótesis definitiva

8. DISCUSIÓN

Como son pacientes con antecedentes de enfermedad periodontal, es recomendable al principio tener intervalos cortos de control, para observar que están realizando una adecuada higiene oral. Nos resulta fundamental el control periodontal, oclusal y músculo-articular (20). El mantenimiento, nos garantizará el éxito del tratamiento a largo plazo.



Fig. 7. Antes y después

CONCLUSIÓN

-Del (AE), en el que intervienen periodonto, articulaciones y oclusión dentaria, siendo todo ello engranado por un sistema neuro-muscular, debe realizarse un riguroso estudio funcional.

- **El Bruxismo**, es una patología que siempre produce ciertas dudas, al rehabilitar con prótesis cerámicas.

- **En la rehabilitación protésica** tendremos principalmente en cuenta la función y después la estética.



Fig. 8. Férula de descarga

BIBLIOGRAFÍA

1. Aguado Santos A, Álvarez Arenal A, Barbería Leache E, Bermejo Fenoll A, Canut Brusola JA, Casado Llompart JR, del Río de las Heras F, Donado Rodríguez M, Harster Nadal P, Pi Urgell J, Villa Vigil MA. El manual de Odontología. Barcelona: Masson S.A; 1995.
2. Andresen PJS, De Souza T, Duarte MB. Assessment of thickness and function of masticatory and cervical muscles in adults with and without temporomandibular disorders. Archives of oral biology 2013; 58 (9); 1100-1108.
3. Andrews LF. The six keys to normal occlusion. Am J Orthod 1972; 62: 296-309. Médica Panamericana; 1992.
4. Bardález R, Armero C, Lira S. Colapso Posterior de Mordida. La Carta Odontológica. 2002; 7(18): 10-12.
5. Bascones A, et al. Avances en odontoestomatología 2007; (23); 119-126.
6. Brunsvold MA. Pathologic tooth migration. J Periodontol. 2005; 76(6):859-66.
7. Caffesse RG. Management of periodontal disease in patients with occlusal abnormalities. Dent Clin North Am. 1980; 24(2):215-30. 32. Ramfjord S, Blankenship J. Increases occlusal vertical dimension in adult monkeys. J Prosthet Dent. 1981; 45 (1):74-83.
8. Celenza F.W, Nadeskin J.F., Oclusión. Situación actual. Chicago. Quintessence Publishing, 1978.
9. D'amico A, Functional occlusion of the natural teeth of man J Prosthet Dent 1961; 11; 899-915.
10. Dawson P.E. Problemas Oclusales. Ed. Mundi 1977.
11. Dersot JM, Giovannoli JL. Posterior bite collapse. 1. Etiology and diagnosis. J. Parodontol. 1989; 8(2):187-94.
12. Ellis E, McNamara JA. Components of adult class III malocclusion. J Oral Maxillofac Surg 1984; 42:295-305.
13. Escudero N, Perea MA, Bascones A. Revisión de Periodontitis Crónica. Evolución y aplicación clínica. Avances en Periodoncia [revista en línea]; 2008; 20(1) [citado 2011 Jul 19].
14. Kelly JT Jr. A multidisciplinary approach to restoring posterior bite collapse. Compend Contin Educ Dent. 1997; 18(5):483-5, 488-9.

15. Lindhe J, Nyman S. The effect of plaque control and surgical pocket elimination on the establishment and maintenance of periodontal health. A longitudinal study of periodontal therapy in cases of advanced disease. *J Clin Periodontol.* 1975; 2 (2):67-79.
16. Lucia V.O The Gnatological concept of articulation. *Dent Clin North Am* 1.962;6:183-187.
17. Mc Collum BB, Stuart CE A research report. Soth Pasadena; Scientific Press 1955; p.12-13; 34: 89-91.
18. Moyers RE, Miralles R, Dodss C. Skeletal contributions to occlusal development. *J Craniomandib Pract.*2.001;4:230.
19. Okeson JP. Tratamiento de oclusión y afecciones témporomandibulares. Barcelona: Eiservier España S.A; 2.003.
20. Okeson JP. Dolores de origen muscular Okeson JP. Dolor Orofacial; tratamiento clínico del dolor orofacial. Ed Quintessence 2008: p 287-328.
21. Oliveira CO, Miranda CL, Pereira LE, Vilela CG, Cavalca CS, Cortelli J, Costa JE, Campos MT. Oral impact on daily performance, personality traits, and compliance in periodontal maintenance therapy. *J of Periodontol.* 2011; 82(8): 1146-1154.
22. Posselt U. Fisiología de la Oclusión y Rehabilitación. 2º Ed. Barcelona: Jims, 1973.
23. Ricketts R. Lecture given before occlusion faculty. University of Southern California School of Dentistry. 1993.
24. Rocabado M. Cabeza y cuello. Tratamiento articular.
25. Rosenberg ES. Posterior bite collapse, Part I: Pathologic occlusion. *Compendium* 1988; 9(3):207-10, 212-4, 216-9.