



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-
NoComercial-CompartirIgual 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/4.0/).

RESUMENES DE PUBLICACIONES Y TRABAJOS CIENTIFICOS

IBÁÑEZ, J. C.: "Oclusión Dentaria y Articulación Temporo-Maxilar" (con especial referencia al cambio morfológico de las superficies óseas). Tesis de Doctorado - Facultad de Odontología - Universidad Nacional de Córdoba 1976 (RESUMEN).

Durante muchos años se pensaba que las diferencias en la morfología condilar era un hecho biológico natural, concepción clásica, diríamos. De la misma forma se encuadraban las diferencias de altura, de posición, de tamaño, un lado más grande o más chico que el opuesto, independiente de las situaciones generadas por la oclusión de las piezas dentarias, no sólo en estética sino en toda su gama dinámica.

El estudio de la cinemática mandibular, desde los enfoques mecanicistas o biológicos han cambiado las concepciones clásicas.

Los sistemas de propiocepción, de conducción nerviosa, las pruebas electromiográficas y distintas técnicas radiográficas permiten en la actualidad responder a muchos de los interrogantes sobre la función y evolución biológica mandibular.

Todos los hechos tienen un porqué el cual puede y debe ser explicado en la medida de lo posible. Las asimetrías condilares y su relación con la oclusión dentaria pueden ser incluidas dentro de este planteo. Las diversas filosofías empleadas para lograr éxito en rehabilitación oral u oclusal están basadas en la explicación de una serie de fenómenos biológicos que pueden o no transformarse en logros positivos. La necesidad o no de lograr un eje de bisagra o un área de rotación mandibular prescinde generalmente de la morfología condilar. Podrá argumentarse que la mayoría de las alteraciones funcionales de la A. T. M. tienen una terapia inicial similar, como argumento pudiera tener validez, pero no podrá negarse que cualquiera fuera la técnica utilizada, lo real, lo serio, lo científico, consiste en fundamentar cualquier maniobra clínica so-

bre los elementos concretos. La veracidad del conocimiento debe ser considerada pauta prioritaria.

Nadie, a esta altura de las ciencias odontológicas podrá negar la existencia de cambios óseos como respuesta a micro o macro presiones a estímulos continuos o discontinuos, con toda las variantes posibles.

La ortodoncia, periodoncia prótesis, cirugía, entre otras se han enriquecido con la aplicación de estos conceptos. Nosotros queremos llamar la atención a los *cambios morfológicos* y estructurales que en las articulaciones temporomandibulares pueden producirse por influencias variadas y de distinta intensidad a nivel de la oclusión dentaria, en este punto nuestro trabajo coincide plenamente con las investigaciones de Carl Breitner en sus publicaciones de los años 1940, 1941 y 1945; Balestra M. en 1952, Kerr D. A. en 1975, Burdeyron M. J. también en 1957 y Gianelly en 1970. En el libro de "Oclusión" de Ramfjord Ash, 1968, se hace mención a "Recientes investigaciones" las cuales comprobarían que "los pacientes (como grupo) con trastornos funcionales de articulaciones y músculos no tienen mayores interferencias oclusales que los individuos sin trastornos", las referencias bibliográficas adjudican estas investigaciones a Hallmann K. y su publicación del año 1962, y a Thomson H. en el año 1959. Inmediatamente el texto agrega: "por otra parte dichos trastornos pueden sin duda ser eliminados en la inmensa mayoría de casos mediante la supresión de las interferencias oclusales". ¿Tienen o no valor las interferencias oclusales? ¿Debemos esperar a que se desate la disfunción para recién eliminarlas? ¿Cómo medir la capacidad de adaptación de las estructuras articulares? ¿Cuando empieza o termina la tensión psíquica? Y allí nomás en el párrafo siguiente dice: "además los trastornos pueden recidivar fácilmente mediante la colocación de una sola interferencia oclusal". En nuestros hallazgos en pacientes, siempre coincidieron las alteraciones funcionales de A. T. M. con la presencia de alteraciones de la oclusión, y sobre los cráneos investigados podemos afirmar que todos aquellos con interferencias tenían una asimetría morfológica evidente, y en estrecha correlación con la interferencia o contactos prematuros.

En muchas fotografías presentadas puede verse el aplastamiento de uno de los polos condilares, generalmente el de balanceo, sincronizado con una interferencia a nivel de molares de ese mismo lado opuesto. Esta situación puede encontrarse en ciertos pacientes pues ellos acuden con algunas presteza a la consulta, cuando existe

dolor, y las alteraciones no pasan a mayores con un buen tratamiento, pero en los cráneos pudimos observar al estadio final de esta afección o por lo menos la repercusión de la cronicidad de la misma, por ausencia de toda terapia odontológica.

La interpretación de nuevas técnicas radiográficas pueden hacer re-veer conceptos establecidos, como la idea sostenida por algunos autores acerca del poco aporte de las radiografías en la explicación de problemas de la A. T. M. Nuestros hallazgos sobre pacientes coinciden en este punto, pero en lo que respecta a las técnicas de radiografías convencionales, tomadas sobre un plano único de proyección; las ortopantomografías vienen a dar una ayuda muy grande al respecto pues es una imagen con tridimensión, no perfecta, pero muy superior a las anteriores, aquí si tenemos plena coincidencia con autores ya mencionados, Klein, Blatterfein y Miglino; las variaciones morfológicas y patológicas en los cóndilos o cavidades glenoideas son sólo parcialmente observadas en las radiografías comunes, pues en ellas solo se percibe el contorno máximo, de las estructuras.

Autores como Granger E. R., Lindblom G., Markowitz H. A. y Posselt U. coinciden en afirmar la relación entre disarmonías oclusales y artritis traumáticas de la A. T. M. con o sin dolor.

Toda vez que la artritis altera la estructura se produce también alteración de forma de grados diversos, estas alteraciones de forma se detectan con imágenes ortopantomográficas, bastante sencillamente, solo es necesario una búsqueda orientada de las mismas.

Ramfjord agrega: "la disarmonía oclusal por sí sola no dará lugar a dolor en estas estructuras, a menos que se encuentre también presente el importantísimo factor de la tensión psíquica", enseguida agrega, "es natural que tampoco la tensión psíquica causará dolor disfuncional en presencia de oclusión ideal, son las diversas combinaciones de tensión psíquica e interferencias oclusales las responsables, de síntomas dolorosos".

La pérdida antigua de piezas dentarias posteriores puede dar lugar a cambios morfológicos articulares asociados a dolor disfuncional, en este punto, nuestras afirmaciones, nuestro material coincide plenamente con este concepto sostenido por J. M. Cortis en el año 1956.

Desde nuestro punto de vista protético, la reposición de elementos dentarios perdidos y sus estructuras adyacentes, plantea una serie bastante apreciable de problemas que a través de años de experiencias y dedicación de muchos odontólogos se han ido solucio-

nando. La necesidad de realizar en un paciente una reconstrucción protética dentaria, marcará características distintas según dicha reposición sea fija o removible, según sea con soporte dentario, mucoso o mixto, según sea de metal, cerámica, resinas sintéticas o combinaciones de ellas; cualesquiera de los tipos seleccionados habrán de apoyarse sobre estructuras vivas, dinámicas, no estáticas. Todas las reposiciones tendrán un común denominador: *el respeto biológico; no dañar*, si preservar.

Se toma generalmente como una premisa que las estructuras de la A. T. M. se hallan adaptadas a la oclusión de los dientes en cada caso particular, nuestro trabajo así lo sugiere.

Hablamos de adaptación ya que desde la erupción de los elementos temporales es posible predecir cierto nivel de cambio, progresivo, lento dentro de patrones standard, como bien lo detallan Castellino, Santini y Taboada en su obra "Crecimiento y Desarrollo Cráneo Facial".

Las alteraciones de los tejidos de la A. T. M. ya accidentales o provocados con carácter experimental, con diversos tipos de fuerzas ortodónticas, (Hault) demuestran que es posible iniciar una alteración tisular en los componentes de la A. T. M. aun con estímulo aparentemente insignificantes. (Breitner C.)

La reposición en tiempo y forma de elementos dentarios perdidos deberá tener en cuenta esas premisas biológicas ya que no siempre podrán subsanarse problemas a través de la adaptación de los tejidos, por ello planteamos como de imperiosa necesidad evitar siempre desatar en los tejidos procesos de "adaptación", que bien no serían tales cuando la evolución se hace en base a procesos inflamatorios intensos y prolongados como los que ocurren en las artritis desformantes.

No solo la pérdida de piezas crean problemas morfológicos y estructurales, sino las reposiciones protésicas en especial las fijas en donde no se han respetado las leyes de armonía oclusal y en donde el trabajo de las piezas dentarias artificiales y naturales genera traumas o interferencias oclusales, coincidentes con estos conceptos pueden citarse a Balestra M., Schweitzer, Scheppard, Posselt U. y otros.

Hablar de armonía oclusal significa tener presente los patrones oclusales del que es portador cada individuo, este patrón oclusal está sin duda sincronizado con todos los componentes articulares, cóndilo, cavidad glenoidea, menisco y trayectoria condilea entre otras; si la pérdida de piezas es reciente y no hay manifestacio-

nes clínicas o sub clínicas de disfunción de A. T. M. deben, sin lugar a dudas, mantenerse sin ser alteradas todas las condiciones de oclusión previas.

En pacientes con una abrasión pareja y con movimientos deslizantes, suaves, como sobre rampas asfaltadas, habrá de reponérseles las piezas dentarias faltantes; sin cúspides altas, más bien con cúspides planas, y en acuerdo al resto de sus estructuras dentarias. Podrá darse mayor efectividad masticatoria afilando sus cúspides y aumentando los surcos de escape. Incorporar elementos discordantes a este complejo significaría desatar procesos de cambios, de "adaptación" que no siempre pasan desapercibidos y que puedan dar sintomatologías dolorosas.

Es a nuestro criterio y en acuerdo a lo investigado, el factor tiempo, en cuanto a la antigüedad de la alteración, un elemento de gran importancia. Las pérdidas recientes no darán en general sintomatología, pero sí, las alteraciones que ya facilitaron la ruptura del paralelogramo de Godon, que permitieron migraciones y que gestaron desarmonías de oclusión (contactos prematuros, interferencias) es decir alteraciones de larga data.

Finalmente, tal como lo menciona Angelo D'Amico en su estudio sobre la atrición en cráneos de aborígenes de California y Nevada la abrasión se hace en base a movimientos deslizantes alrededor de un eje también deslizante, coincidimos con dichos conceptos y agregamos que según lo observado en los cráneos por nosotros estudiados, *la morfología condilar acompaña la transformación de forma de las caras oclusales.*