
**LA OCLUSIÓN COMO FACTOR DE RIESGO EN LA ENFERMEDAD
PERIODONTAL: CÓMO PUEDE LA ORTODONCIA MEJORAR EL PRONÓSTICO DE
LAS PIEZAS AFECTADAS**

Victoria Vilar Esteve

Noviembre 2018

1. INTRODUCCIÓN:

La oclusión es uno de los factores de riesgo que influyen en el tratamiento de la enfermedad periodontal. Cuando existen traumas oclusales, tales como frémitos o contactos prematuros, se somete a los dientes afectados a una presión que va deteriorando el periodonto de manera progresiva y continuada. Resulta necesario resolver esta situación para mejorar el pronóstico de las piezas implicadas y asegurar el éxito del tratamiento periodontal. El tratamiento multidisciplinar (orto-perio) puede ofrecer la solución a este conflicto.

En numerosas ocasiones se hace referencia a otros factores de riesgo como el tabaco o la diabetes y se ignora la oclusión, que es, además, responsabilidad del equipo odontológico.

Aplicar ortodoncia a un paciente periodontal con soporte reducido puede resultar arriesgado, pero con un elaborado plan de tratamiento y una elección correcta del dispositivo a utilizar, la recolocación de piezas puede aportar grandes beneficios a este tipo de pacientes. El dispositivo del que hablamos es, sin duda, el diseñado por la casa de alineadores invisibles INVISALIGN.

Además de colocar los dientes en posiciones más favorables, es importante reponer piezas faltantes para estabilizar la oclusión conseguida. En este caso, la opción será la prótesis fija implantosoportada.

Por último, es fundamental ferulizar ambas arcadas con un retenedor fijo, así como recomendar al paciente el retenedor removible adecuado. De este modo, estaremos completamente seguros de la estabilidad oclusal a largo plazo.

PALABRAS CLAVE: trauma oclusal, frémite, contacto prematuro, decalaje, ortodoncia invisible.

2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN:

Todo trabajo de investigación implica unos objetivos o preguntas que el investigador se cuestiona o quiere alcanzar. En este caso, el objetivo general del proyecto es evidenciar la importancia de la oclusión como factor de riesgo en la enfermedad periodontal. Este objetivo general nos servirá de marco de referencia para todo el desarrollo del trabajo. Pero, además, el tema debe estar delimitado por unos objetivos específicos que, en esta ocasión, son exponer las ventajas del tratamiento orto-perio y destacar el papel del higienista dental ante esta situación.

3. MATERIALES Y MÉTODOS:

En cuanto a los materiales utilizados, se ha obtenido información tanto de documentos en formato impreso como de archivos editados digitalmente. Entre ellos podemos destacar el libro de formación para higienistas en el tratamiento odontológico de la articulación temporomandibular y artículos disponibles en la web de gacetadental sobre oclusión patológica, entre otros. En lo que se refiere a los métodos, es importante tener en cuenta las limitaciones económicas y temporales que influyen directamente en el tipo de medios de los que disponemos para el desarrollo de este comentario científico. Los pasos que se han seguido en esta investigación son: la elección del tema, la delimitación del tema, la formulación de objetivos, el desarrollo del tema y la resolución de la discusión y, por último, el informe final o conclusiones a las que llegamos. Teniendo en cuenta los materiales y métodos descritos anteriormente, el primer estadio o fase heurística de la investigación nos lleva a la selección de recursos documentales que se acaban ciñendo a unas pocas muestras representativas que nos permitirán desarrollar el tema de forma adecuada. En el segundo estadio o fase hermenéutica, los datos son clasificados y analizados y se lleva a cabo una elaboración propia a partir de las fuentes.

4. MARCO TEÓRICO: ESTADO DE LA CUESTIÓN Y RESULTADOS DE LA DISCUSIÓN:

Centrándonos ya en el tema a analizar, la oclusión es, por definición, el contacto de dientes y la relación entre arcadas e interfase oclusal. De acuerdo con la clasificación de Angle, encontramos la clase I, que se considera como normalidad, la clase II, en la que la mandíbula se encuentra retrasada, y la clase III, donde la mandíbula está adelantada con respecto al maxilar. Sin embargo, vemos que en algunos casos se puede encontrar ausencia de patología con clases II y III, incluso con ausencia de piezas.

Por tanto, surge la duda de cómo saber cuándo una oclusión es patológica para el paciente. Consideramos que una oclusión es patológica cuando, con ausencia de piezas, se crea un colapso de mordida posterior. Un diente se extrae, su antagonista se va extruyendo, perdiendo soporte, la dimensión vertical se reduce, dificultando la capacidad de reponer la pieza extraída y la articulación empieza a sufrir las consecuencias. Otro tipo de oclusión que perjudica al paciente es la que produce el síndrome de combinación. Afortunadamente, hoy en día no es muy frecuente. Se da cuando el paciente pierde toda su dentadura maxilar y todas las piezas posteriores de la arcada inferior a edades tempranas. Utilizan prótesis removibles para reponer sus carencias. Tienden a adelantar la mandíbula y masticar con las piezas remanentes. Con el tiempo, los incisivos inferiores tienden a extruirse y el hueso maxilar y mandibular que carece de piezas se va reduciendo. Todo este proceso compromete enormemente la estabilidad oclusal del paciente. También existe patología cuando tras una extracción los dientes adyacentes migran tratando de cerrar el espacio residual y empiezan a recibir fuerzas masticatorias en sentidos poco apropiados. Del mismo modo, cuando las piezas del paciente periodontal severo se van abanicando y empiezan, también, a recibir fuerzas inapropiadas. Además, en pacientes con decalaje donde su posición de máxima intercuspidad no coincide con la relación céntrica de la articulación se generan desequilibrios. Por último, también encontramos patología en casos de contactos prematuros o frémitos, donde algunos dientes padecen fuerzas mayores de las que son capaces de soportar y causan movilidad dental.

Por todo ello, en muchas ocasiones, en el paciente periodontal coexisten los dos tipos de trauma oclusal, el primario, donde un diente sano es sometido a fuerzas oclusales excesivas en intensidad y duración, y el secundario, en el que un diente con afectación periodontal se desplaza dentro del alveolo por fuerzas consideradas como normales.

El papel del higienista ante esta situación es, fundamentalmente, reconocer y detectar los síntomas y signos. Transmitir la información al doctor y, en caso de ser necesario, tomar registros de estudio del paciente para plantear el plan de tratamiento.

En lo que respecta al tratamiento orto-perio, nos proporcionará estabilidad oclusal, eliminará contactos prematuros e interferencias, favorecerá la posterior reposición de piezas y mejorará el estado de piezas ya afectadas, por ejemplo, con movimientos de intrusión. El dispositivo de elección ha de ser el diseñado por la casa INVISALIGN. Nos permite realizar un tratamiento predecible (clincheck), favorece la higiene exhaustiva del paciente, realiza movimientos controlados y selectivos donde únicamente se desplazan las piezas que se han de mover y sólo la distancia que necesitan ser movidas. Las visitas son más breves y espaciadas en el tiempo, lo que facilita la planificación del paciente. No suele dar lugar a urgencias y, por último, su estética se adapta al paciente actual.

Una vez recolocadas las piezas, es importante reponer las ausencias con prótesis fijas implantosoportadas. Es crucial que se realice sobre implantes ya que estos, además de cubrir la ausencia de la corona, simulan la raíz del diente con el implante y, por ello, las fuerzas oclusales se reparten entre raíces e implantes. Con una prótesis fija de tipo pónico, además de tener que dañar las coronas adyacentes, las fuerzas las siguen soportando los dientes que ejercen de pilares del pónico y, por esto, lejos de contribuir a la patología oclusal, pueden agravarla. Lo mismo sucede con todas las opciones de prótesis removibles.

Por último, una vez recolocadas las piezas y repuestas las ausencias, el paso final sería asegurar la estabilidad oclusal a largo plazo. Esto se consigue aplicando retenedores fijos y removibles en ambas arcadas para evitar recidivas y preservar la integridad de las arcadas.

5. CONCLUSIONES :

En definitiva, podemos decir que es muy importante que el higienista dental sepa reconocer una oclusión patológica en su paciente periodontal. En algunas ocasiones esto explicará por qué hay piezas que, a pesar del éxito del tratamiento periodontal, no mejoran.

También es fundamental que el equipo odontológico estime la oclusión como un factor de riesgo muy relevante y lo trate de manera multidisciplinar.

Así mismo, el higienista ha de considerar al paciente como un conjunto de encía, dientes y articulación, pero, también, salud general y hábitos.

Podemos concluir que la ortodoncia con el dispositivo de alineadores transparentes será la mejor opción y que la reposición de piezas ha de ser con prótesis fija implantosoportada.

6. BIBLIOGRAFÍA :

Ardizone, I. (2010). Gaceta Dental. *Oclusión fisiológica frente a oclusión patológica. Un enfoque diagnóstico y terapéutico práctico para el odontólogo.*

https://www.gacetadental.com/wpcontent/uploads/OLD/pdf/220_CIENCIA_Oclusion_fisiologica_vs_patologica.pdf

SANED (2012). Curso de formación para higienistas dentales. *El papel del higienista dental en el tratamiento odontológico de la articulación temporomandibular.*

Odontologos.mx (2017). *Clasificación de*

angle. <https://www.odontologos.mx/odontologos/noticias/2630/clasificacion-angle>