

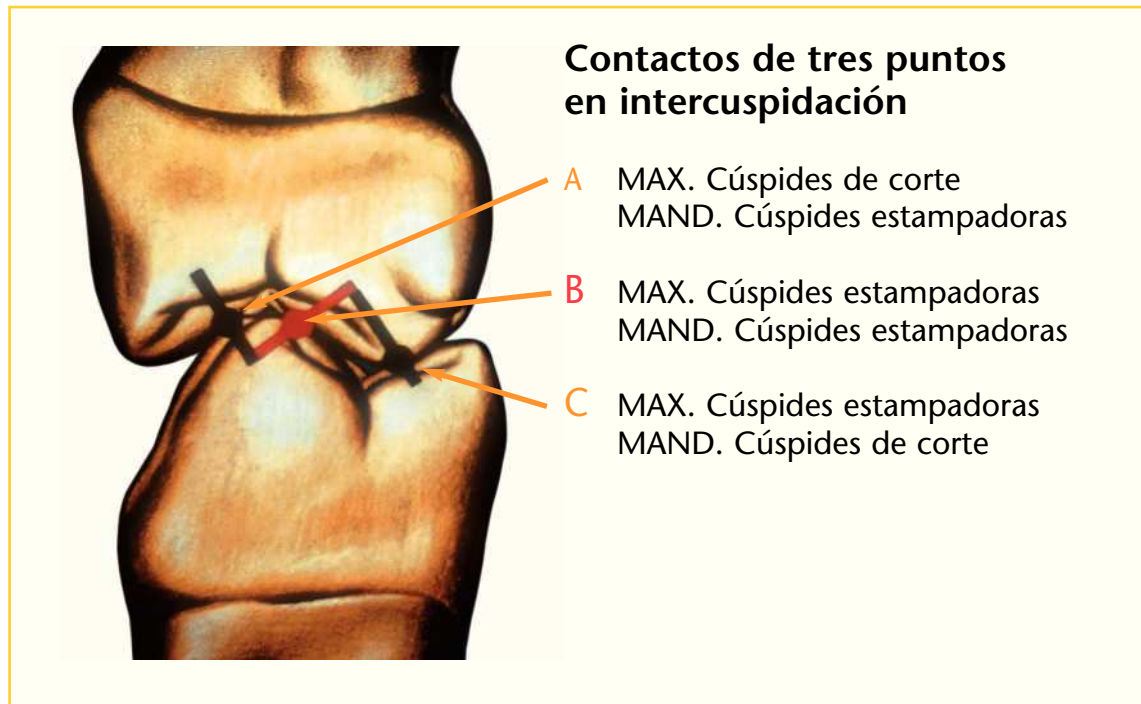
[Resumen]

La mayoría de las formas de tratamiento en consulta son a menudo satisfactorias, siempre y cuando se tengan en cuenta ciertas normas biológicas básicas que se aplican a la mayoría de los conceptos oclusales. Para los docentes clínicos, la zona de oclusión no resuelve ningún problema de la práctica clínica cotidiana y por tanto es en gran parte inútil. En cambio, el investigador universitario sacará como conclusión que no se sabe mucho sobre la relevancia de la zona de oclusión para la salud del sistema estomatognático a largo plazo y para la calidad de vida del paciente. Este dualismo ilustra el abismo existente entre la práctica universitaria y la práctica clínica. Para el progreso en la protésica dental es eminentemente importante mejorar la comunicación entre prácticos y teóricos.

Palabras clave

Oclusión. Zona de oclusión.
Prótesis. Teoría universitaria.
Práctica clínica.
Comparación de experiencias.
Comparación de estudios.

(Quintessenz Zahntech.
2006;32(10):1156-9)



La zona de oclusión

Reflexión sobre conflictos dentro de la protésica odontológica

Sandro Palla

Introducción

Desde el punto de vista de un docente clínico que a la vez practica la investigación, me pareció especialmente interesante el artículo de los grupos de estudio sobre el tema de la zona de oclusión. Era previsible que los dos grupos citarían la misma bibliografía, pero que llegarían a conclusiones diametralmente opuestas. Desde el punto de vista del docente clínico hay muchas preguntas clínicas sin respuesta. En vistas de todo el escepticismo expresado por los académicos, presumiblemente pensará que la mayoría de las formas de tratamiento que utiliza en la práctica cotidiana son satisfactorias en la mayoría de los casos, siempre y cuando se tengan en cuenta ciertas normas biológicas básicas que se aplican para la mayoría de los conceptos oclusales. Para los docentes clínicos, la zona de oclusión no resuelve ningún problema de la práctica clínica cotidiana y por tanto es en gran parte inútil.

En cambio, el investigador universitario sacará como conclusión que no sabemos mucho sobre la relevancia de la zona de oclusión para la salud del sistema estomatognático a largo plazo y para la calidad de vida del paciente. Este dualismo ilustra perfectamente el abismo existente entre la práctica universitaria y la práctica clínica. Sólo puedo



Fig. 1. Se fabricaron coronas parciales cerámicas en los premolares y coronas de zirconio en los molares. El caso presenta una relación diente a diente, de modo que resulta una relación cúspide-fosa relativamente plana.

estar completamente de acuerdo en que entre los clínicos –que practican tratamientos protésicos con métodos convencionales (muy) fiables– y los científicos –que se ocupan de problemas ajenos a la práctica– existe un abismo⁸. Para el progreso en la protésica dental, es eminentemente importante acabar con este abismo. Los clínicos deben estar implicados cuando se trata de formular preguntas clínicas. Los científicos deben considerar las consultas odontológicas como fuente del conocimiento clínico y los odontólogos practicantes no pueden considerar las universidades como «torres de marfil». Conclusión: la comunicación entre prácticos y teóricos debe mejorarse.

¿Tiene la zona de oclusión una importancia decisiva? Según Klineberg y Stohler, la zona de oclusión es decisiva para el éxito de los tratamientos protésicos. Como protésico me encantaría estar absolutamente de acuerdo. Pero creo que, teniendo en cuenta el estado real del conocimiento, deberíamos reformular la frase de la siguiente manera:

«La oclusión es, en el más amplio sentido, un punto de vista importante en la protésica dental, aunque su influencia en el éxito del tratamiento, en la salud a largo plazo y en la calidad de vida del paciente no está nada clara».

Aparte de los fracasos por motivos técnicos, para el éxito a largo plazo de la prótesis fija es de vital importancia evitar infecciones y que la salud oral permanezca estable¹. Además, los parámetros oclusales al parecer tienen poca o no tienen absolutamente ninguna relevancia para el éxito a largo plazo de los tratamientos implantosoportados³; lo mismo se aplica a las prótesis totales. A esta circunstancia se hizo referencia hace casi 10 años en un artículo sinóptico. Las conclusiones sacadas siguen siendo válidas actualmente:

«La oclusión es un aspecto técnico importante en la fabricación de prótesis, ya que presenta una estrecha relación con los parámetros físicos como la distribución de cargas, la retención y la estabilidad. De todos modos, si bien la calidad técnica de la prótesis y la oclusión también desempeñan un papel importante, tienen un papel secundario en el éxito o el fracaso del tratamiento protésico. Más bien son varios factores psicosociales los que tienen una influencia importante en el éxito del tratamiento»⁶.

Concepto de maloclusión

No existen pruebas científicas según las cuales determinados tipos de oclusión, ya sea en dentaduras naturales o reconstruidas, puedan perjudicar el aparato masticatorio o la salud. Por tanto, estoy a favor de eliminar el concepto de «maloclusión» en la bibliografía, sobre todo porque este uso idiomático alimenta al menos subliminalmente la convicción de que ciertos tipos de oclusión (o una reconstrucción protésica con formación oclusal inadecuada) son «malos» y pueden ocasionar cambios patológicos. Además, en contraposición, sugiere que existe una oclusión buena o ideal. Pero de hecho el caso ideal es la excepción: aproximadamente el 70% de todos los jóvenes estadounidenses presentan probablemente una «maloclusión»^{2,7}. En realidad, este caso ideal es una creación de los odontólogos que simplifica los componentes técnicos del trabajo protésico. A esto se añade que «ideal» no es equivalente a «fisiológico». El hecho es que incluso las personas con relaciones de la clase III de Angle o con dentaduras muy deterioradas presentan una buena adaptación a diferentes relaciones de mordida.

Oclusión y afecciones craneomandibulares

Las conexiones entre la oclusión y la disfunción craneomandibular (CMD) o las mioartropatías (MAP) han sido siempre un tema muy discutido. Probablemente, esto seguirá así mientras que no indagemos suficientemente en la complejidad del problema. Los factores individuales no bastan para provocar enfermedades o disfunciones en los sistemas biológicos. Determinados factores pueden hacerlo en determinadas condiciones, pero no en otras. Los parámetros oclusales pueden repercutir de forma diferente en distintos pacientes. Esta conclusión se da a partir de un estudio aleatorizado a doble ciego según el cual los pacientes con CMD en su historia clínica, en los que se originaron una relación céntrica e interferencias en el lado de balance, presentaron más manifestaciones clínicas que los pacientes sin CMD⁴. Otro estudio aleatorizado a doble ciego con distribución cruzada se llevó a cabo en mujeres sanas sin CMD en la anamnesis.



Fig. 2. Las rehabilitaciones complejas con una mezcla de coronas metalocerámicas y carillas permiten hoy en día obtener resultados estéticos y funcionalmente impecables.

En él se demostró que ocho días después del origen de una llamada interferencia céntrica (1) no se observaron síntomas de CMD en ninguna de las participantes, (2) las fases de contracción del músculo masetero al despertar los dos primeros días disminuyeron y luego poco a poco volvieron a aumentar hasta las frecuencias previamente medidas sin interferencia, (3) la frecuencia de los contactos oclusales primero disminuyó y luego volvió a ascender, y (4) la interferencia se percibió primeramente como molesta⁵.

Conclusión: las participantes sanas de este estudio se adaptaron a la nueva interferencia mediante una limitación de la actividad muscular. Esta reacción se puede interpretar como un comportamiento de prevención. Las pacientes redujeron los contactos oclusales para exponerse el mínimo posible a las sensaciones molestas en la zona de los dientes.

¿Cómo encajan los resultados de ambos estudios? El modo de responder a esta pregunta podría indicarlo una investigación de nuestro instituto. En ella se comprueba que los dientes de pacientes con CMD están en contacto con mucha más frecuencia que los de pacientes sin CMD. Este diagnóstico se ha confirmado hasta el momento sin excepción. Por tanto, es de suponer que las interferencias existentes podrían tener peores consecuencias si un paciente es «oclusalmente activo», es decir, si tiende a poner los dientes en contacto. Los resultados de Michelotti et al⁵ indican que los pacientes adoptan mecanismos de prevención frente a las molestias oclusales y que por tanto podría no ser necesaria una condición para la relación causa-efecto –es decir, que aparece con mayor frecuencia y de forma marcada una enfermedad con las dimensiones de la exposición– con el fin de probar una relación causal entre los factores oclusales y la CMD.

1. Glantz PO, Nilner K, Jendresen MD, Sundberg H. Quality of fixed prosthodontics after twenty-two years. *Acta Odontol Scand* 2002;60:213-218.
2. Kelly J, Harvey C. An assessment of the teeth of youths 12-17 years. DHEW publication no. (HRA) 77-1644. National Center for Health Statistics, Washington 1977.
3. Kim Y, Oh TJ, Misch CE, Wang HL. Occlusal considerations in implant therapy: Clinical guidelines with biomechanical rationale. *Clin Oral Implants Res* 2005;16:26-35.
4. Le Bell Y, Jämsä T, Korri S, Niemi PM, Alanen P. Effect of artificial occlusal interferences depends on previous experience of temporomandibular disorders. *Acta Odontol Scand* 2002;60:219-222.
5. Michelotti A, Farella M, Gallo LM, Veltri A, Martina R. Effect of occlusal interferences on habitual activity of human masseter. *J Dent Res* 2005;84:644-648.
6. Palla S. Occlusal considerations in complete dentures. In: McNeill C (ed.). *Science and practice of occlusion*. Quintessence, Chicago 1997, 457-467.
7. Popovich F, Grainger RM. Burlington orthodontic research centre progress report 1957-1959, series 2:5-42. Toronto University, Toronto 1959.
8. Walther W. Determinants of a healthy aging dentition: maximum number of bilateral centric stops and optimum vertical dimension of occlusion. *Int J Prosthodont* 2003;16(suppl):77-79.
9. Zarb GA. On prosthodontic research: old baggage, new directions. *Int J Prosthodont* 2003;16(suppl):7-10.

Bibliografía

Dr. Sandro Palla, Klinik für Kaufunktionsstörungen, abnehmbare Rekonstruktionen, Alters- und Behindertenzahnmedizin, Plattenstr. 11, 8032 Zürich, Suiza.

Correspondencia