

El triángulo funcional: un concepto de tratamiento integral (II)

Wolfram Bücking, Dr. med. dent.

Problema: concepto de tratamiento y medidas a tomar en la rehabilitación de pacientes con grandes desgastes dentarios

A continuación se demostrará a través de un caso clínico la puesta en práctica del concepto terapéutico integral descrito en el último número, aplicando las directrices del triángulo funcional. He elegido para ello una de mis primeras rehabilitaciones, documentada desde hace 15 años.

Antecedentes: una mujer trajo a la consulta a su marido, de 55 años de edad, expresando su deseo de que fuera tratado de inmediato, ya que por las noches rechinaba los dientes de forma extremadamente ruidosa, por lo que a ella le era imposible conciliar el sueño. El marido opinaba que no rechinaba en absoluto, admitiendo aun así que desde hace poco había observado una hipersensibilidad marcada al calor y al frío.

Diagnóstico

La exploración bucal mostró una gran pérdida de sustancia dental, una pérdida de dimensión vertical y una situación periodontal buena, con una higiene bucal de tipo moderado. La medición de la pérdida de sustancia dental, tomando como referencia la estatura corporal, reveló una pérdida de sustancia de 4-5 mm (ver sección de *Quintessenz*, 2002;10) (figs. 1 a 3, tabla 1).

Dado que el análisis psicológico con la prueba psicológica cromática de Lüscher no mostró ningún signo de sobrecarga psicológica, partí de la base de que la pérdi-

Tabla 1. Relación entre la estatura y la longitud de los dientes anterosuperiores

Estatura	C	I2	I1	I1	I2	C
1,90 m	13	-1/-1	13	13	-1/-1	13 mm
1,80 m	12	-1/-1	12	12	-1/-1	12 mm
1,70 m	11	-1/-1	11	11	-1/-1	11 mm
1,60 m	10	-1/-1	10	10	-1/-1	10 mm

C: canino; I: incisivo.

da extrema de sustancia dental se había producido por una abrasión disfuncional. Por tanto, el paciente pertenecía al grupo de pacientes con un factor primario oclusal, grupo que puede ser tratado sin problema alguno. Se descartó una causa psicológica (ver sección de *Quintessenz*, 2002;10) (figs. 4 y 5).

El análisis clínico funcional mostró la presencia de unas ATM sin ningún problema funcional, pero también el típico dolor a la presión de los músculos masticatorios asociado a una situación de bruxismo extremo. La posición céntrica de las articulaciones era estable. No existía un espacio libre retrusivo parafuncional. Se descartó por tanto una causa articular (fig. 6).

El análisis funcional mediante instrumentos, tras el montaje de los modelos en articulador, reprodujo de forma idéntica la situación bucal. La exploración axiográfica mostró un eje de bisagra estable y unas trayectorias fisiológicas y sanas (figs. 7 y 8). El movimiento de Bennett inmediato estaba ligeramente aumentado. La posición de contacto fisiológica y la habitual estaban muy ligeramente separadas.

Tratamiento previo

A pesar de los buenos resultados obtenidos en la fase diagnóstica, los pacientes con abrasiones tan avanzadas

Correspondencia: Buchweg 14. 88239 Wangen/Allgäu. Alemania.

(*Quintessenz*, 2005;56(12):1251-62)



ntición del paciente, afectada por abra-

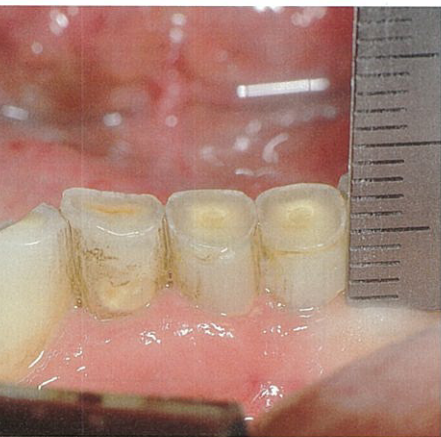
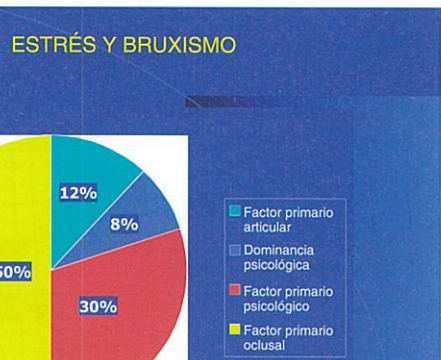
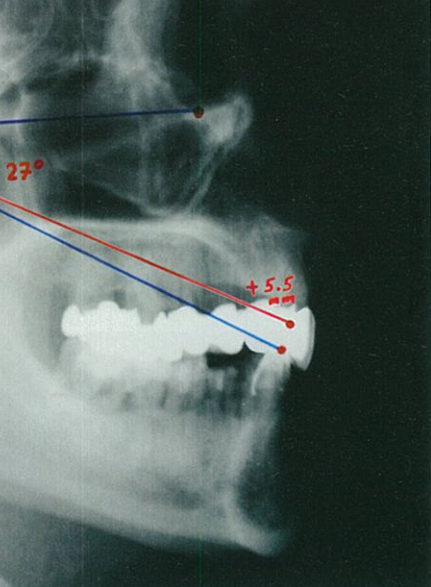


Figura 2. Medición de la pérdida de su
a la longitud dentaria (maxilar).

Figura 3. Medición de la pérdida de su
a la longitud dentaria (mandíbula).





is functional telerradiográfico (primer
ida).

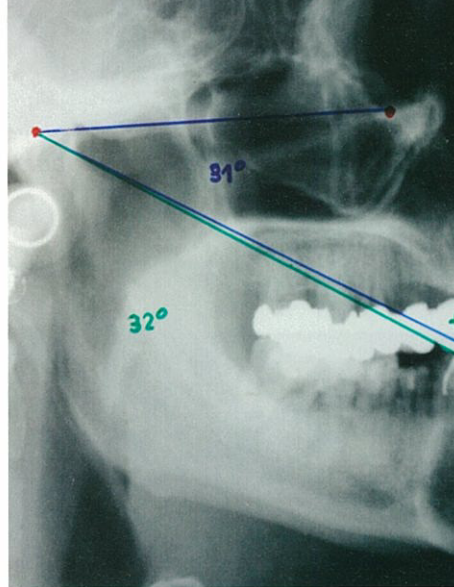


Figura 10. El aumento de mordida en la
(segundo aumento de mordida).





modelos de la boca afectada por abra-
en el articulador.



Figura 13. El modelo superior, afectado



onstrucción de la oclusión posterior (en
a).



Figura 15. Reconstrucción de la oclusión
mientos dinámicos).



as y contornos (Contour Curve Former, el concepto de Kubein-Meesenburg et el contorno ($a = 24:6 = 4$) fue calcula- trayectoria protrusiva de la axiografía plantilla de transferencia, el ángulo de tabla matemática, el diagrama de polos bibliográfica correspondiente en el úl- gs. 21-29). La reconstrucción de los s con el dispositivo CCF será descrita a el año que viene en uno de los próxi- esta serie.

on el encerado fueron duplicados con stos modelos duplicados se fabricaron que fueron probadas en la boca. De atente la enorme pérdida de sustancia 3). Después, las férulas fueron dividi- res posteriores y un sector anterior por ron orificios de escape en las puntas boca, se dotó a los dientes de una su- nte rugosa y realizando en el margen ullado mínimo con establecimiento de paración, un grabado con ácido, un re- adhesivo dentinario y un secado minu- entes segmentos de las férulas fueron composite e insertados a presión encima entarios. Tras la retirada de los exce- aplicado fue fotopolimerizado de for- gs. 34-39).

conllevó un trabajo enorme volver a contactos interproximales. Por ello, en la



Figura 18. Los contactos palatinos en la del sector anterosuperior.

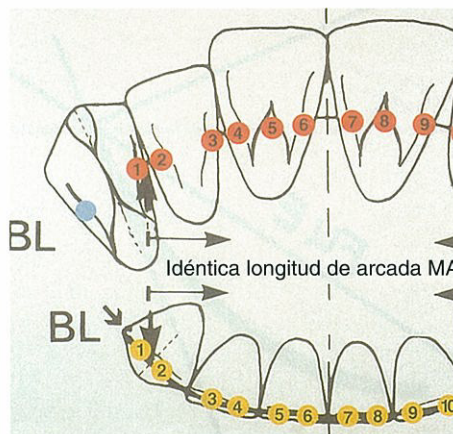


Figura 19. Los contactos oclusales en BL: línea basal.

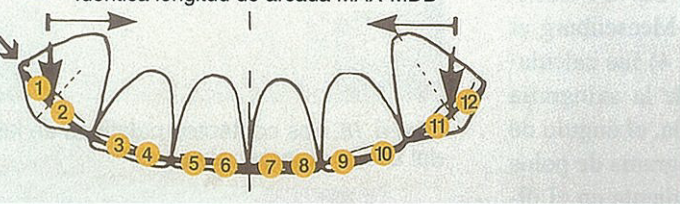
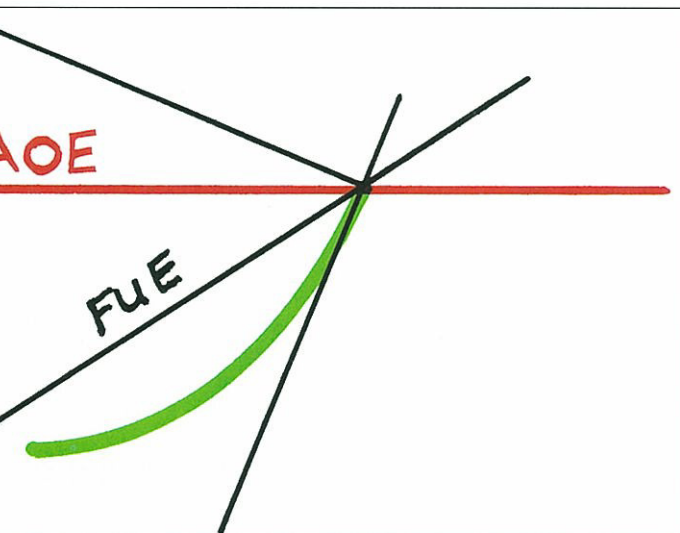


Figura 21. Línea basal.



ografía en protrusiva es copiada en una lámina de acetato.

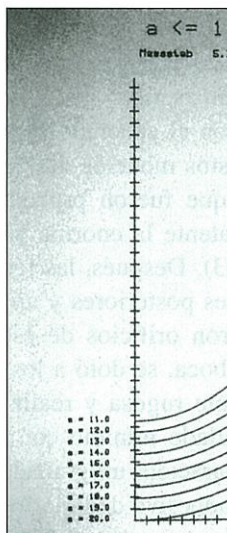
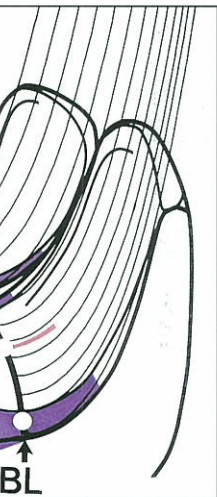


Figura 23. Plantillas para el análisis de protrusiva.

rama de polos para los valores correspondientes de curvatura de contor-

$$a = \frac{R_2}{r(\alpha)}$$



ma para la disposi-
turas de contorno
al (BL).

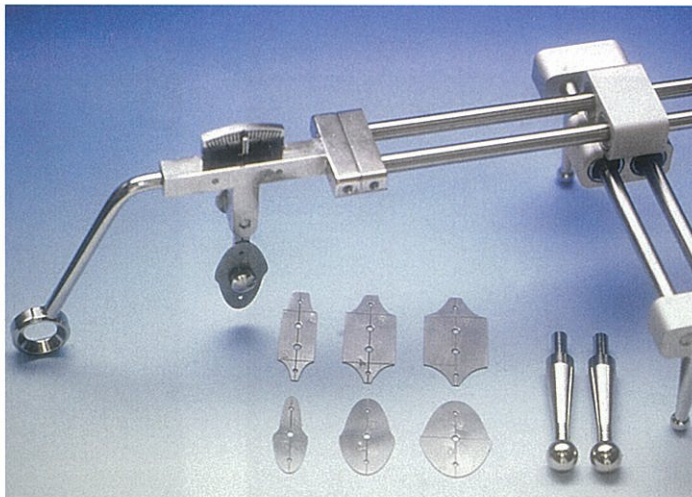


Figura 27. El dispositivo Contour Curve Former (CCF).





ula fabricada al vacío sobre el modelo



Figura 31. La férula al vacío para la recesional.



ula sobre los dientes anteriores; se per-
de la destrucción.



Figura 33. La férula sobre los dientes p





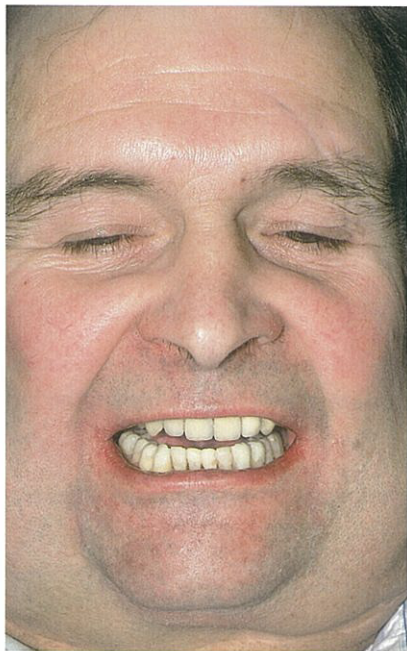
Figura 36. La reconstrucción provisional de los dientes posteroinferiores.



or anteroinferior reconstruido.



Figura 37. La mandíbula, reconstruida dental.



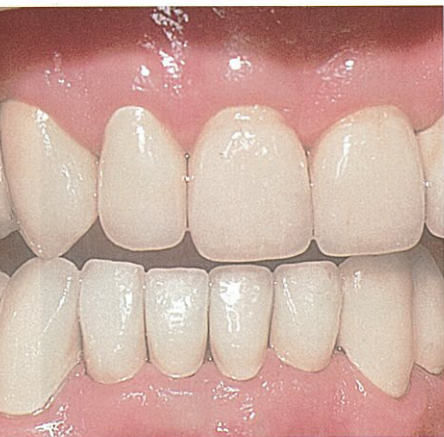
F
la
h
tr
p



oilitación definitiva con coronas de me-



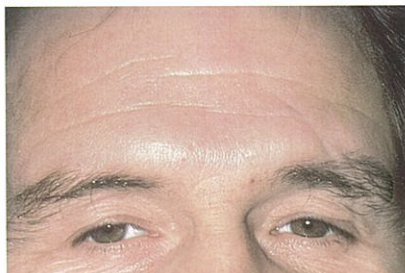
Figura 41. La protrusión.



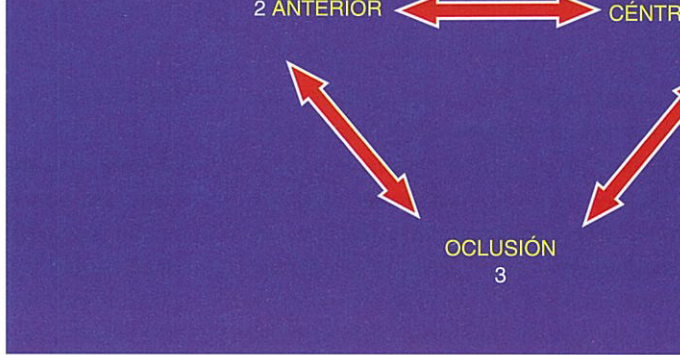
oclusión en el movimiento de lateralidad



Figura 43. La disclusión en lateralidad i



ngulo funcional.



céntrica anterior y posterior permanecie-
s tres meses también se restauraron con
definitiva los sectores posterosuperiores

total del período de tratamiento fue de
o que quise asegurarme de que la bio-
y compensaba mi intervención mecáni-
odo tan largo, soportado con gran pa-
momento de culminar con éxito el
ferimos al paciente la medalla al valor
(fig. 45).

tratamiento integral: triángulo

en resumen del concepto de tratamiento
la secuencia del triángulo funcional (fig.

anterior con el dispositivo CCF y apli-
pios biomecánicos de Kubein-Meesenb-
sidad de Gotinga, Alemania).

Oclusión

Reconstrucción de las superficies masti-
res según el concepto de encerado bio-
(primero en mandíbula, después en max

Agradecimientos

Quiero darles las gracias a todos los que me pe-
ellos, desarrollar conjuntamente cosas nuevas y a
llado conmigo una vía muy exitosa para la reha-
con patología funcional y gran destrucción. Cabe
presentación de muchos otros a los siguientes: R-
Stachle, Dietmar Kubein-Meesenburg, Hans Naeg-
Roth, Per Fossdal, Jürgen Marbaise, Rudolf Sla-