



Caries, Paradenciopatías y Maloclusiones

Dra. Isabel Poggi Varaldo

1. Introducción

Al tratar odontológicamente pacientes adultos, es usual encontrar que estos consultan básicamente por caries (dolor, destrucción coronaria, estética) o por problemas periodontales (aflojamiento y desplazamientos dentarios, retracción gingival, abscesos). Pero si nos detenemos a estudiarlos más en detalle podremos observar en ellos distintos tipos de maloclusiones y disfunciones asociadas que pudieron haber sido factores coadyubantes de los procesos cariosos y/o paradenciales presentes y que su resolución será crítica en el éxito de la tarea restauradora.

En aquellos pacientes donde descartamos problemas de terreno biológico, sistémicos, o de dieta e higienes es en quienes nos sorprende la alta incidencia de caries o de deterioro periodontal. Es en estos pacientes donde se hace más evidente la importancia de las fuerzas traumáticas oclusales sobre el soporte y tejidos dentarios.

Una relación de Oclusión Traumática (OT) puede instalarse por causas variadas:

- a. Un diente (s) que no ocupa su lugar en la arcada por vestibulo o palatoposición, rotaciones, traslocaciones, agenesias o supernumerarios, o persistencia de caducos.

- b. Una extracción dentaria sin conservación del espacio o reposición protética
- c. Maxilares que no ocluyen en normorelación (disto, mesiorelación y laterodesvios)
- d. Disminución o aumento de overjet y overbite lo que significa que no exista guía incisiva

¿Cómo encaramos terapéuticamente a un paciente con OT?

- a. perpetuamos la situación tal cual mediante una odontología general restaruradora?
- b. la corregimos por métodos protésicos, restauradors o rehabilitadores?
- c. instrumentamos maniobras ortopédico-ortodónticas?

De lo antedicho se desprende el carácter preventivo del tratamiento de las disgnasias a edades tempranas, dándole al mismo un valor de salud bucal más amplio y no solo cosmético.

2. Apinamiento

En los espacios de solapamiento dentario se convierten las áreas naturalmente inmunes a la caries en áreas de susceptibilidad, por la alteración de los puntos de contacto. Este problema dificulta la higiene, aumentando en



consecuencia la acumulación de placa bacteriana y sarro. En el caso de tener que realizar una restauración se le sobreagrega la dificultad en el acceso y terminación de la misma, asimismo como la incorrecta incidencia de las fuerzas oclusales sobre la pieza dentaria.

Etiología:

- falta de espacio
 - por escaso crecimiento maxilar (hormonal, funcional o por trabas)
 - por macrodoncia
- pérdida prematura de dientes caducos sin control del espacio
- posición de erupción de gérmenes permanentes

Tratamiento:

se realizará dentro del plan elegido para resolver los distintos tipos de maloclusiones a que se asocia el apiñamiento (clase I, II o III)

3. Diastemas

Si bien se podría pensar en que no afectaría en lo que respecta a la caries, esos no es así. Las maloclusiones clase I y II con protrusión antero- superior diastemada, se acompañan generalmente de una incompetencia de cierre oral anterior (asociada a problemas respiratorios) y a un empuje por palatino del incisivo superior por parte del labio inferior o lengua durante la deglución. Esto trae con los años dos consecuencias:

- gingivitis con retracción y caries del tercio gingival y cemento radicular
- pérdida de nivel óseo con aflojamiento por reabsorción de la tabla externa vestibular anterosup.

Tratamiento:

Se impone tanto en lo que respecta a la recolocación dentaria como en la normalización de la función neuromuscular deglutoria y reeducación respiratoria.

DIASTEMA INTERINCISIVO SUPERIOR

Cuando no es hereditario, puede aparecer a partir de los 25 o 30 años y progresar rápidamente. Puede darse entre 11 y 21 o entre 12-11 y 21-22 uni o bilateral. En estos casos es un signo de alteración periodontal.

Etiología:

La aparición de un 3er molar o alguna interferencia contralateral debido a una incrustación o reconstrucción alta que genera un látero desvío hacia la oclusión máxima. También puede aparecer por pérdida de la DV del sector posterior.

Tratamiento:

Eliminación de la interferencia, maniobras ortodónticas de regularización del plano oclusal y cierre de espacios.

DIASTEMAS INFERIORES.

se producen cuando existe empuje lingual y dado el tamaño y forma de la raíz de los incisivos inferiores es fácil que se produzca la vestibularización y posterior aflojamiento de los mismos. Esto también es un signo de alteración periodontal.

4. Sobremordidas

O mordidas profundas y en los casos más graves mordida en "tapa de caja". Esto trae un fuerte bloqueo a los movimientos mandibulares libres. En edades tempranas impide o retrasa el adelantamiento y crecimiento mandibular sobreviniendo en un alto porcentaje el síndrome de Distorelación mandibular.

Etiología:

Puede ser genética (biotipología) o funcional así como también de desarrollo de la erupción en lo relacionado con la posición y secuencia eruptiva.

Esta entidad clínica si persiste a la edad adulta trae problemas paradenciales tanto en los



incisivos superiores como inferiores por falta de guía incisiva. Los dientes no reciben el masaje del apoyo del antagonista y se genera una fuerza desestabilizadora al tener que recorrer una guía incisiva tan empinada. Esto continúa agravando la sobreerupción (erupción pasiva de los incisivos) y a menudo quedan descubiertos los cuellos dentarios con exposición del cemento radicular con el consiguiente riesgo de abrasión y caries.

En los incisivos inferiores frecuentemente se produce apiñamiento con retracción gingival dificultándose la remoción de la placa bacteriana así como la autoclisis.

Tratamiento:

Las "tapa de caja" deben ser corregidas precozmente en dentición caduca para permitir los avances mandibulares del crecimiento. Las sobremordidas leves o moderadas pueden corregirse con éxito en dentición mixta y estabilizarse hasta que termine el proceso eruptivo. Si las tratamos a la edad adulta se deberá recurrir a maniobras ortodónticas más complejas y/o a cirugía ortognática.

5. Mordidas abiertas

ANTERIORES: (donde se incluye el borde a borde). Todo el peso de la cinemática mandibular recae sobre los sectores posteriores y las ATMS. No existe disoclusión posterior en propulsión, ni en balance. Esto trae una recarga de las piezas posteriores las cuales recibirán fuerzas de intensidad y dirección inadecuadas.

Etiología.

La intromisión de los tejidos blandos como ser la lengua o los labios con la finalidad de realizar el acto deglutorio genera, perpetúa y/o agrava la mordida abierta anterior. Si tenemos en cuenta el número de degluciones diarias de saliva y alimentos comprendemos el poder morfogénico o deformante de los tejidos blandos sobre las estructuras

osteodentarias. En los dientes que no encuentran a sus antagonistas en la funcionalidad faltan los estímulos que hacen a la salud periodontal.

LATERALES Y TOTALES: básicamente altera disminuyendo la eficacia masticatoria y modifica los mecanismos de autoclisis (acumulación de placa bacteriana)

6. Mordidas cruzadas

Etiología:

- falta de desarrollo del maxilar superior (total, uni o bilateral, anterior)
- interferencia dentaria que provoca prodeslizamientos mandibulares o laterodesvíos para lograr la oclusión máxima. A edades tempranas estos se producen a nivel de los segundos molares caducos cuando erupcionan los primeros molares permanentes, o por falta de desgaste de los caninos caducos cuando no se realiza correctamente el período de abrasión de desgaste, o por erupción hacia palatino de los incisivos superiores.

A edades más avanzadas las mordidas cruzadas se pueden instalar cuando se colocan restauraciones altas o por dolor debido a un proceso carioso que obliga a desviar la mandíbula para evitarlo. Esto ocasiona la incorporación de un patrón masticatorio desviado con la consiguiente recarga de las piezas dentarias que se manifiesta por desgaste oclusales, malposiciones y modificaciones compensatorias óseas y articulares.

Tratamiento:

Se impone un tratamiento precoz. Si así no lo fuera debe tratarse en el momento de ser diagnosticado. Dentro de la secuencia del plan de tratamiento ortodóntico u ortopédico su resolución será un objetivo primario.



**HERENCIA - BIOTIPOLOGÍA CRÁNEO FACIAL
ALTERACIONES DEL CRECIMIENTO
ALTERACIONES DE LA ERUPCIÓN
INTERFERENCIAS Y ATROGÉNICAS**

I

Ocasionan

MALOCCLUSIONES

Se expresan

DISFUNCIONES DE LOS
TEJIDOS BLANDOS

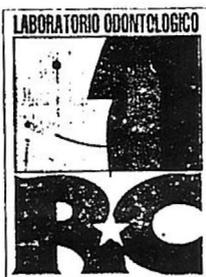
MALRELACIÓN MAX. MANDIBULAR
APIÑAMIENTOS, DIASTEMAS

Fuerzas
traumáticas
PB y Tartaro

Punto de contacto
Acumulación PB
Autoclisis

ENFERMEDAD PERIODONTAL

CARIES



TERESITA RODRIGUEZ POSSE

**LABORATORISTA DENTAL
ORTOPEDIA - ORTODONCIA**

PARAGUAY 1024 / 1405

TELEFONO 901 9012

24/7
Soluciones Informaticas

**SERVICIO TECNICO
ACTUALIZACIONES
REDES**

Presupuestos sin cargo

Tecnico Diego Garcia - Telefono 4817048 Movil 099-129-414 - Mariane Merenc 2180 - MONTEVIDEO - URUGUAY