

**CONCEPTO Y PLAN DE ASISTENCIA
EN REHABILITACION ORAL INTEGRAL**

Por el Dr.

VARTAN BEHSNILIAN

Jefe del Departamento de Asistencia Integral de la Facultad de Odontología
de Montevideo. — Asistente de la Cátedra de Operatoria Dental 2º Curso

Es objetivo de la profesión odontológica prolongar el período de vida de la dentición en función, del mismo modo que es objetivo de la profesión médica aumentar el período de vida activa del individuo. La Medicina está logrando su objetivo; el promedio de vida actual es muy superior al de hace poco tiempo. Para hacer frente a sus responsabilidades nuestra profesión debe perfeccionar continuamente los procedimientos de prevención, higiene y profilaxis, y técnicas conservadoras y restauradoras. La rehabilitación oral integral de bocas adultas alteradas está tomando creciente importancia, pues es solamente por este procedimiento que los pacientes adultos en varios estados de degeneración bucal, pueden ser restaurados con una función y una salud oral normales.

En verdad, la política del odontólogo ha consistido generalmente en observar las alteraciones existentes en los dientes y realizar las restauraciones correspondientes, sin evaluar las condicio-

nes de armonía del sistema masticatorio y sin planear adecuadamente el caso con la idea de rendir un servicio de salud. Pero toda la culpa no puede ser atribuida al práctico general, porque ni un diagnóstico exhaustivo ni un planeo de tratamiento del punto de vista integral han sido debidamente enseñados hasta el presente en las facultades.

Este trabajo ha sido dirigido al estudio de las raíces anatómicas fisiológicas y patológicas del sistema masticatorio, tratando de establecer los principios o conceptos básicos cuyo conocimiento es imprescindible para la comprensión de las alteraciones del fisiologismo normal bucal, condición primera para la realización de un diagnóstico y plan de tratamiento de rehabilitación oral integral.

Un primer concepto básico que debe quedar firmemente establecido, es el de unidad biológica que rige al complejo morfológico-funcional denominado sistema masticatorio, integrado por los dientes con sus estructuras de so-

porte, huesos maxilares, músculos masticatorios, articulaciones temporo-mandibulares, lengua, labios y carrillos, y el aporte vascular y nervioso de la totalidad de estos elementos. (Thompson, considerando que la función de este sistema no sólo se refiere al acto masticatorio, sino que interviene en la fonación, deglución, respiración y postura del individuo, lo ha denominado acertadamente sistema estomatognático).

Y el segundo concepto básico, es que este sistema masticatorio o estomatognático es parte integrante de otra unidad biológica fundamental, el individuo en su totalidad y de la cual no lo podemos separar al efectuar

nuestras consideraciones clínico-terapéuticas.

Todos estos elementos están íntimamente relacionados en su biología, y cualquier alteración en uno de ellos puede repercutir directa o indirectamente en otro u otros de sus integrantes.

La rehabilitación oral integral puede ser definida como aquella actividad odontológica que tiene por objetivos, la restauración de la salud funcional y estética del sistema masticatorio o estomatognático.

Los cuatro pilares sobre los que descansa todo el edificio conceptual de rehabilitación oral integral, son los factores siguientes: entidad biológica-paciente, relaciones máxilo-mandibulares

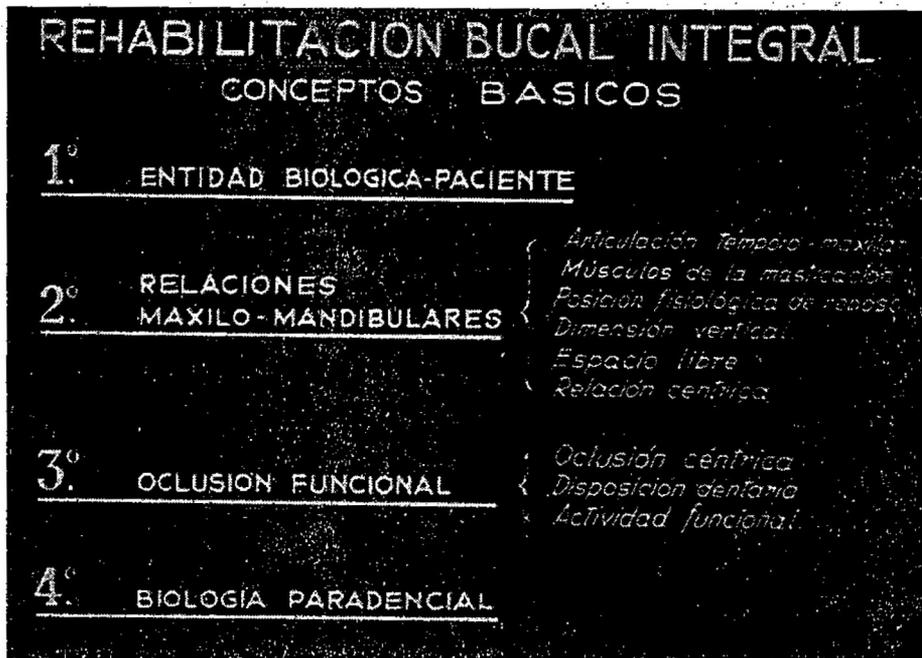


FIGURA 1

(dinámicas), oclusión funcional y biología paradencial.

Para hacer rehabilitación oral, es indispensable valorar a estos factores individualmente e interrelacionadamente.

1º - Entidad biológica-paciente

La interdependencia existente entre las alteraciones de la cavidad oral con los disturbios sistémicos o generales, es conocida y aceptada desde hace tiempo. La infección focal de origen dentario, las múltiples y variadas manifestaciones orales de alteraciones orgánicas generales (incluidas las psicósomáticas), la evolución de la enfermedad periodontal, y aún de la caries dental, estudiadas en su intimidad biológica por las últimas investigaciones, confirman la verdad de este concepto. La cavidad oral es muy sensible a la influencia de factores biológicos como herencia y constitución (biotipo), estados psíquicos, fisiológicos y patológicos generales. La evolución de toda alteración o enfermedad depende en último término de las condiciones particulares del terreno. La biología paradencial, por ejemplo, en el que se edifica toda la rehabilitación del sistema masticatorio, depende en definitiva de las condiciones biológicas tisulares. La capacidad biológica del sistema estomatognático está en función de la capacidad biológica general.

El concepto de entidad-paciente, o integridad del individuo como factor biológico debe ser pues, el primer pilar básico a

considerar en cualquier intento de rehabilitación oral.

2º - Relaciones maxilo-mandibulares

La concepción integral de la entidad oral nos conduce, luego de la consideración de su interdependencia con los factores orgánicos generales, al estudio de todos aquellos elementos que, referentes a las relaciones maxilo-mandibulares, forman un primer grupo de integrantes del complejo sistema masticatorio o estomatognático.

a) Articulación témporo-mandibular.

La articulación témporo-mandibular es un órgano altamente especializado con una disposición anatómica particular que le permite realizar movimientos de bisagra y deslizamiento que le confieren a la mandíbula una movilidad amplia y variada. Movilidad gobernada no sólo por la configuración anatómica y por la actividad muscular, sino que en gran proporción son reflejo directo de las relaciones oclusales de las arcadas dentarias.

Las alteraciones de estas relaciones oclusales, provocadas por pérdida, desgaste, o migración de los dientes, con o sin alteración de la dimensión vertical, pueden producir notables modificaciones dentro de la cavidad articular. Es incuestionable que para el tratamiento de las condiciones dentobucles que involucran alteraciones de las relaciones oclusales, es esencial la

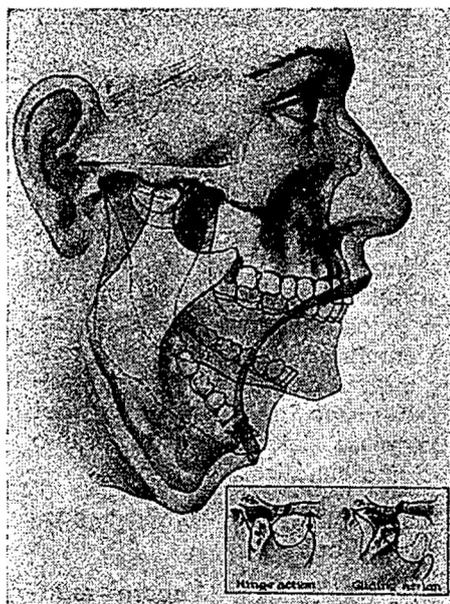


Fig. 2. — Rotación y desplazamiento del cóndilo en los movimientos mandibulares. (De Atlas of the Mouth, Massier and Schour).



Fig. 3. — Dinámica de los músculos de la masticación. (De Anatomía Odontológica, Aprile y Figún).

consideración de la capacidad funcional de la articulación temporomandibular.

b) Músculos de la masticación.

Si bien no se debe hablar de mayor o menor importancia de cada uno de los constituyentes del sistema estomatognático, la mayoría de los autores acuerdan a la musculatura masticatoria un papel predominante en el funcionamiento óptimo del sistema, puesto que toda su dinámica depende de la fuerza creada por la actividad muscular.

Los movimientos mandibulares generados por la musculatura masticatoria pueden ser voluntarios o involuntarios; son estos últimos los que nos interesan fundamentalmente, ya que mediante la estimulación propioceptiva originan los reflejos neuromusculares que comandan los movimientos funcionales de la mandíbula durante gran parte del acto masticatorio. Las terminaciones propioceptivas, localizadas en la membrana periodontal, encías, lengua, músculos, paladar, articulación temporomandibular, etc., por estimulación e inhibición recíproca, permiten sincronizar la perfecta realización de los movimientos mandibulares en la fonación, respiración, deglución, masticación y mantenimiento del tono postural.

Cuando existen condiciones anormales que afectan a esas terminaciones propioceptivas, se producen reacciones neuromus-

culares que, actuando sobre otros de los integrantes del sistema, agravan el desequilibrio funcional.

Al intentar una rehabilitación oral, no debemos olvidar que todos los músculos esqueléticos, incluyendo los que se insertan en la mandíbula, tienen una determinada longitud fisiológica de reposo. Se alargan y contraen en función, pero siempre vuelven a su particular longitud de descanso. Si surgiera un obstáculo para ello, por ej., una prótesis deficiente, un levantamiento de mordida inadecuado, etc., los músculos en el intento de llegar a su posición de reposo producirán graves trastornos en otros integrantes del sistema, procesos alveolares, tejidos de soporte de los dientes, etc.

Siempre debemos tener en cuenta que la musculatura, junto con la articulación temporomandibular, son las menos modificables y las menos adaptables de las partes integrantes del sistema estomatognático.

- c) Posición fisiológica de reposo.

La posición fisiológica de reposo o descanso es aquella posición de la mandíbula en la que está involuntariamente suspendida por el equilibrio o coordinación recíproca de los músculos, donde la acción de la gravedad está contrarrestada por una contracción tónica de los músculos elevadores, estando la cabeza erguida. Los fisiólogos estiman que esta posición

debe denominarse con más propiedad posición postural de la mandíbula, sosteniendo que la expresión "de reposo o descanso" es incorrecta, dado que los músculos no están en reposo absoluto sino que presentan un estado de actividad denominado tono muscular, en el que se producen contracciones alternadas de grupos de fibras (siguiendo la ley del todo o nada), de manera que el grupo de músculos involucrados nunca llega a la fatiga. Ramfjord la llama posición tonal; Moyers posición natural.

Cuando Niswonger en 1934 demostró que la posición de la mandíbula depende del equilibrio muscular y no de las relaciones oclusales dentarias, la concepción anatómica, estática, referente a las relaciones maxilo-mandibulares fué objeto de revisión y sustituida gradualmente por un nuevo enfoque, fisiológico, dinámico.

Posteriormente, investigaciones como las céfalométricas de Brodie demostraron que la posición del maxilar inferior con respecto a la cabeza se establece en el tercer mes de vida y que esa relación no se altera por el crecimiento ni se refiere en modo alguno a los cambios fisiológicos o patológicos de la dentición. Si bien de las últimas investigaciones se desprende que puede presentarse una ligerísima y gradual variabilidad de la posición de reposo a través de la vida del individuo, y dependiente de la tonicidad muscular

postural, del punto de vista práctico la posición es constante.

Este concepto de que la posición fisiológica de reposo es fija y constante, constituye una de las piedras fundamentales de la ciencia de rehabilitación oral. Es el comienzo y el fin de todos los movimientos de la mandíbula.

La posición fisiológica de reposo constituye entonces, un punto de partida de absoluta confianza para el diagnóstico y planeo de tratamiento en rehabilitación oral integral.

d) Dimensión vertical.

La dimensión vertical se refiere a la medida de la altura de la cara. Si bien pueden considerarse tantas dimensiones verticales como grados de apertura de la mandíbula, existen dos de fundamental importancia y que deben ser claramente diferencia-

das. Cuando la mandíbula está en posición funcional con los dientes en interclusión máxima, tenemos la dimensión vertical oclusal, que es fisiológica o patológicamente variable; cuando la mandíbula está en posición de reposo, tenemos la dimensión vertical de reposo, que es constante.

La dimensión vertical verdadera de la cara es la de reposo, pero para los fines de rehabilitación oral es mucho más interesante la funcional oclusal. Una ley elemental de rehabilitación es que al restaurar una dimensión vertical oclusal disminuída, debemos evitar la posibilidad de llevarla a un valor que iguale o sobrepase a la dimensión vertical de reposo.

e) Espacio libre.

En el individuo dentado cuya mandíbula está en posición postural o de reposo, queda un espacio entre una y otra superficie oclusal, el "free-way space", espacio libre, o espacio interoclusal. Se puede medir estableciendo la diferencia entre la dimensión vertical de reposo y la dimensión vertical oclusal. Tiene un valor aproximado de 3 mm en la mayoría de los casos normales.

En el diagnóstico y planeo del tratamiento de un caso de rehabilitación oral es necesario determinar si la dimensión vertical oclusal está disminuída o no, y en qué valor; la medición del espacio libre será la guía.

Cuando se considera necesari-

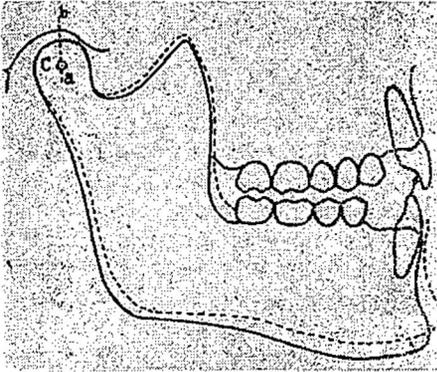


Fig. 4. — Posición fisiológica de reposo, dimensión vertical de reposo, dimensión vertical oclusal, espacio libre, relación céntrica, y rotación del cóndilo, normales. (De Trascendencia de la oclusión. Camani Altube, R.A.O.A. 46: 95. 1958)

rio rehabilitar una dimensión vertical disminuída o como se dice vulgar y erróneamente hacer un "levantamiento de mordida"; debemos cuidar y respetar a otros integrantes del sistema estomatognático, como articulación tèmpero-mandibular, biología paradencial, músculos masticatorios, etc. Frente a un caso en que el espacio libre ha sido muy ampliado, por ej., a 10 mm., no se puede reducir bruscamente a un valor de 2 ó 3 mm. porque los factores relacionados pueden no adaptarse a la nueva y muy diferente situación, reaccionando intensamente. Y si se exagera el error, no infrecuente en años anteriores, de llevar la dimensión vertical oclusal a un valor igual o superior al de dimensión vertical de reposo (eliminación del espacio libre), las alteraciones producidas en los tejidos relacionados son realmente graves.

El grado posible de variación del espacio libre debe referirse siempre a la consideración de varios factores: edad del paciente, cantidad perdida de dimensión vertical oclusal, duración del proceso patológico originario, relación corona-raíz, estado del periodonto, capacidad reaccional del individuo, factor óseo, grado de mal oclusión, estética, etc., deben ser analizados con firme juicio odontológico.

f) Relación céntrica.

Puede definirse la posición o relación céntrica como la posición de la mandíbula en la cual

los cóndilos están adecuadamente equilibrados dentro de sus respectivas cavidades glenoidicas como resultado de un apropiado balance muscular, habiéndose la mandíbula cerrado girando sobre su eje de bisagra unos 2 ó 3 mm. desde la posición fisiológica de reposo. La mandíbula al pasar de la posición de reposo a la posición o relación céntrica, sólo debe girar sobre su eje de bisagra, sin que el cóndilo sufra ningún movimiento de deslizamiento, llevada por una ligera contracción de los músculos elevadores.

En el individuo dentado normal, la relación céntrica mandibular debe coincidir con la oclusión céntrica dentaria (interdigitación máxima de los arcos dentarios). Esta circunstancia constituye uno de los factores de los que depende el equilibrio biomecánico del sistema estomatognático.

Cuando existen discrepancias oclusales o alteraciones de las relaciones maxilo-mandibulares la trayectoria de cierre normal (rotación) es alterada, y la mandíbula se orienta hacia una posición no céntrica adquirida por comodidad (translación). En estos casos hay en la trayectoria de cierre, rotación y desplazamiento del cóndilo. Se establece un ciclo anormal, con la mandíbula forzada a una posición no céntrica; los dientes entran en una relación traumatizante (fuerzas laterales) con gran posibilidad de daño a las estructuras de soporte, a los mecanismos de la

articulación témporo-mandibular, a la musculatura, etc. El desencadenamiento de estas alteraciones está supeditado a la resistencia tisular de los elementos involucrados, lo que explica que en algunos casos de relación excéntrica no se hayan presentado aún síntomas patológicos.

El ciclo céntrico, constituido por el movimiento de la mandíbula al pasar de la posición de reposo a la relación céntrica y volver a la posición de reposo, es fundamental para todos los ciclos mandibulares. Si la relación céntrica ha sido alterada por la oclusión, todos los otros movimientos mandibulares (propulsivos, de lateralidad, retrusivos), también serán anormales. Por lo tanto, en un proceso de rehabilitación oral, la posibilidad de restablecer el fisiologismo normal del sistema masticatorio, depende de la posibilidad de obtener una correcta relación céntrica.

3º - Oclusión funcional

Ultimamente se ha producido un cambio de criterio respecto al concepto de oclusión normal, como consecuencia del cambio de actitud mental del odontólogo frente al sistema dentario alterado. Durante muchos años se centró el interés en la mutilación anatómica y en la consiguiente reparación morfológica; hoy el centro de interés de la profesión se desplaza hacia la perturbación de la función y a la rehabilitación de ésta.

Actualmente debemos considerar dos conceptos de oclusión. El primero, viejo conocido nuestro, de oclusión normal, anatómico, estático, se refiere a una disposición ideal de los dientes caracterizada por correctas relaciones morfológicas interproximales e inter-oclusales. El segundo concepto de oclusión, óptima, fisiológico, dinámico y por mucho el más importante, postula relaciones armónicas en el funcionamiento del sistema estomatognático, sin preocuparse de la perfección de las relaciones anatómicas; oclusión que asegure eficiencia funcional sin crear esfuerzos indebidos a ningún otro de los integrantes del sistema (estructuras de soporte dentario, articulación témporo-maxilar, músculos, etc.).

La oclusión óptima funcional es pues muy diferente de la oclusión anatómica normal. Oclusión anatómicamente normal no es sinónimo de buena función.

La oclusión puede alejarse considerablemente del ideal normal, y sin embargo conformar los requisitos de buena función. E inversamente puede estar muy cerca de lo anatómico normal, y aún coincidir, sin ofrecer buena función. El concepto de oclusión óptima funcional no responde a un padrón rígido y uniforme para todos los individuos, ni aún para un mismo individuo en épocas distintas de su vida; surge de la interrelación armónica entre las diferentes estructuras del sistema estomatognático y las exigencias de su funcionalidad.

Una oclusión es patológica no porque se haya apartado del patrón anatómico normal, sino porque como consecuencia de la interrelación inarmónica de algunos de los factores componentes de la oclusión funcional, se produce una perturbación del sistema estomatognático. Entonces para realizar un intento de rehabilitación de la oclusión, debemos necesariamente considerar y respetar la anatomía y fisiología de cada uno de los integrantes del sistema, y fundamentalmente su interdependencia como unidad funcional.

Si los procedimientos técnicos de rehabilitación violaran cualquiera de los principios biológicos del sistema, se fracasará en el objetivo de restaurar la función óptima, e inclusive se podrá agravar la anomalía existente.

Una oclusión óptima funcional además de proveer una masticación eficaz, debe constituir un factor biológico positivo en la conservación de la salud de todo el sistema. Nuestro objetivo debe ser pues, la reconstrucción y mantenimiento de la salud funcional del conjunto, considerando y satisfaciendo las necesidades biológicas de cada uno de los factores relacionados.

a) Oclusión céntrica.

Se dice que la oclusión es céntrica, cuando el interdigitamiento de las cúspides dentarias, intercuspidación, o contacto físico interoclusal máximo, se produce en la posición de rela-

ción céntrica mandibular.

A los efectos del equilibrio biomecánico del sistema estomatognático resulta imperativo que ambas posiciones, relación y oclusión céntrica, coincidan. Si esto no ocurre entramos al terreno de las anomalías de la oclusión; y ya no se puede hablar de oclusión céntrica puesto que no existe por definición. Cuando el intercuspidamiento máximo no coincide con la relación céntrica, se usan las expresiones "oclusión habitual", "oclusión de conveniencia", "oclusión adquirida", etc.; nosotros preferimos llamarla simplemente "excéntrica".

Para determinar si existe o no oclusión céntrica, se debe estudiar la trayectoria de cierre de la mandíbula, al pasar de la posición fisiológica de reposo a la posición de intercuspidación máxima o estado de extremo cierre de la mandíbula. Si en la totalidad de ese trayecto se ha realizado un simple movimiento de rotación de la mandíbula sobre su eje de bisagra, tenemos oclusión céntrica. Si por el contrario la mandíbula es detenida en su movimiento de rotación por un contacto o interferencia, y para llegar a su posición de intercuspidación máxima debe desviar su trayectoria, con el consiguiente desplazamiento condilar, la posición alcanzada no será de oclusión céntrica, sino excéntrica.

La mandíbula en estos casos no puede adoptar su posición de relación céntrica, y a la condición de oclusión excéntrica se

agrega la condición de relación mandibular excéntrica, también llamada adquirida, de conveniencia, funcional, etc.

Los contactos prematuros que impiden la centricidad de la oclusión, crean fuerzas injuriantes para las estructuras paradenciales de los dientes involucrados. En la mayoría de los casos, el paciente elude esas interferencias en forma inconsciente refleja, por impulsos emitidos por las terminaciones propioceptivas de la membrana periodontal afectada, cerrando la mandíbula en la posición de contacto máximo, después de eludir el obstáculo con un movimiento lateral mandibular forzado, que altera el equilibrio del sistema masticatorio. Los medios reflejos condicionados protectores (terminaciones propioceptivas) actúan para evitar los trastornos inmediatos (alteraciones periodontales), pero originan trastornos mediatos en otras zonas o integrantes del sistema, periodonto de otros dientes, articulación temporo-mandibular, músculos, etc.

Las implicaciones periodontales de estas discrepancias oclusales de oclusión excéntrica son de suma importancia porque esta posición es adoptada durante la deglución, realizada cientos de veces por día, acto en la cual la mandíbula se apoya fuertemente en el maxilar superior en posición de intercuspidadación máxima. Por otra parte, si el ciclo céntrico mandibular es anormal, todos los demás movimientos mandibulares relacionados a esa falsa posición céntrica o relación ex-

céntrica, serán necesariamente anormales; toda la masticación carecerá de coordinación y armonía.

Por lo tanto, en rehabilitación oral integral, la posición de contacto intercuspídeo máximo debe ser llevada a la posición de relación céntrica mandibular; es decir, si la oclusión céntrica no existe, debe ser creada.

b) Disposición dentaria.

El estudio de la disposición dentaria en rehabilitación oral no se refiere a las condiciones anatómicas, estáticas, de los factores involucrados, como forma de las arcadas dentarias, disposición axial, interdigitación, overbite, overjet, etc., sino a su estudio funcional, dinámico.

Los cinco factores fundamentales en el equilibrio de la articulación dentaria, inclinación de la trayectoria condílea, curva de compensación, inclinación del plano de orientación o cuerda de la curva, inclinación de la trayectoria incisiva, y altura cuspídea, deben ser comprendidos en su

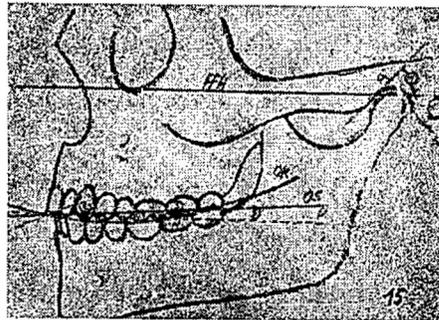


Fig. 5. — Factores articulares. (De Bio. mekaniik der parodontose, Thielemann).

estrecha interrelación; para luego poder relacionar estos factores con otros integrantes del sistema estomatognático.

c) Actividad funcional.

Es fundamental el estímulo exterior para preservar la biología de los tejidos duros y blandos del sistema masticatorio. Cuando éste es funcionalmente normal, no sólo es capaz de sobrellevar el trabajo a que ha sido designado, sino que también mantiene por sí mismo su salud. Cuando la función es buena, una generosa circulación sanguínea riega los tejidos con los elementos necesarios para preservarlos en condiciones de salud.

Cuando la función está disturbada, la relación entre las partes mutuamente protectoras del aparato masticatorio, es rota; por otra parte, la disminución del uso produce disminución de la sangre circulante.

En pruebas experimentales sobre la fuerza de mordida, se observa que el paciente detiene su esfuerzo en algún punto anticipado al momento de injuria o dolor. Cuando por cualquier motivo hay reducción de la resistencia periodontal, que se traduce por disminución del umbral de sensación incómoda, el paciente inconscientemente va al uso de alimentos blandos o a malos hábitos de masticación. Esto a su vez conduce a mayor reducción de la resistencia periodontal y prepara el camino para la instalación de cambios patológicos.

Bocas mutiladas con tejidos so-

portantes crónicamente inflamados, por ej., por oclusión traumática, pueden soportar muy poco esfuerzo sin producir molestia. El resultado es un continuo uso subnormal, que disminuye la vitalidad de los tejidos interesados al mismo tiempo que aumenta la susceptibilidad a la enfermedad.

Es importante tener una comprensión total del rol jugado por el mejoramiento de la función, en la restauración de la salud de los tejidos soportantes, y la aplicación de las influencias de este conocimiento.

Los pacientes que han recibido una rehabilitación oral integral, comúnmente dicen que sus bocas parecen estar más fuertes.

El principal objetivo de nuestro trabajo debe constituir entonces, la restauración de la función, pues a través de ella conseguiremos la restauración de la salud.

4º Biología paradencial

El sistema estomatognático está integrado por un conglomerado de órganos y tejidos que sufren las modificaciones constantes características de los seres vivos. Es fundamental que la rehabilitación oral se efectúe de tal modo que el resultado final actúe como un agente fisiológico estimulante, nutriendo la salud de esos tejidos.

Un estado de oclusión funcional en el que existe una situación de recíproco equilibrio entre los dientes en oclusión, relaciones máximo - mandibulares músculos masticatorios, y articu-

lación témporo - mandibular, fomentará la salud periodontal. Pero si alguno de estos integrantes del sistema estomatognático se altera no actuando sincrónicamente con el resto, comenzarán a actuar entonces fuerzas anormales que pueden provocar o no, daño a los tejidos periodontales. Estas fuerzas anormales pueden considerarse en más (sobrecargas), en menos (disfunción), y desviadas (fuerzas traumatógenas). Para que la lesión paradencial se produzca, se exige la presencia simultánea, conjunta, de dos órdenes de factores: 1º resistencia tisular alterada y 2º fuerzas actuantes anormales. No se puede hablar de lesión paradencial por la simple observación de condiciones mecánicas anormales; si la fisiología de los tejidos paradenciales se presenta en perfecto estado de salud, la acción de las fuerzas anormales produce un espesamiento de la cortical, condensación del hueso alveolar, e hiperementosis, conservándose el diente sólidamente implantado; pero si la resistencia tisular está alterada, el resultado es formación de bolsa y aflojamiento de los dientes, es decir, enfermedad paradencial.

El estudio de las relaciones de la biología paradencial con los otros integrantes del complejo morfológico-funcional estomatognático, compete a varias disciplinas científicas, que deben actuar armónicamente para resolver los difíciles problemas de la rehabilitación oral integral.

La biología de los tejidos paradenciales será estudiada exhaustivamente en todo proceso de rehabilitación oral, porque de ella depende en definitiva el éxito o fracaso final.

Lo importante, lo imprescindible, en rehabilitación oral, es valorar estos integrantes de los cuatro pilares básicos, primero aisladamente, y luego, y fundamentalmente, analizar cómo se influyen, cómo se afectan unos a otros en el funcionamiento del sistema estomatognático.

Plan de Asistencia Integral

Basado en los conceptos precedentes hemos confeccionado un plan de asistencia odontológica integral, desarrollado en cuatro etapas: I. Diagnóstico, II. Planeo de tratamiento y pronóstico, III. Rehabilitación oral (ejecución), y IV. Exámenes periódicos de control y prevención (Fig. 6).

I. Diagnóstico

El estudio del enfermo tiene como primer objetivo el diagnós-

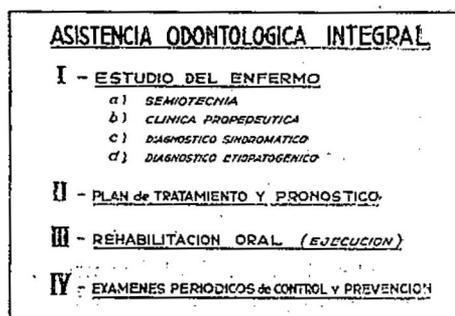


FIGURA 6

tico de la o las alteraciones de lo normal, base o cimiento de toda actividad asistencial. El proceso de Diagnósis se inicia con la Semiotecnia, recopilación de todos los datos referentes a signos y síntomas de alteraciones de la salud oral. Los métodos, procedimientos y alcances de esta semiotecnia, serán regidos por los conceptos básicos expuestos sobre rehabilitación oral integral: 1º la unidad biológica y funcional del sistema estomatognático, y 2º su condición de integrante de la entidad biológica-individuo. Se realizará en todos los pacientes, después de una educación o instrucción que lo capacite para valorar el servicio de salud ofrecido, un completo examen de rutina que incluye: historia clínica o anamnesis, examen físico odontológico, estudio de las relaciones maxilo-mandibulares, examen clínico bucal, modelos de las arcadas dentarias y examen radiográfico. Y cuando se consideren necesarios, ampliaciones del examen radiográfico, articulado de modelos, fotografías y pruebas de laboratorio. Si existen dudas, se hará la consulta profesional al especialista correspondiente; la consulta científica no es signo de debilidad sino de honestidad y conciencia (Fig. 7).

La recopilación completa y heterogénea de datos referentes a la salud bucal del paciente, sólo adquirirá significación cuando se le interprete científicamente, es decir, cuando se realice la Clínica Propedéutica. Por

un proceso de razonamiento analítico regido por la lógica, se irá madurando el diagnóstico. Primeramente la variada información recogida se agrupa en síndromes (conjunto de signos atribuibles a un mismo factor). Y luego estos síndromes, locales y generales, se estudian en su posible relación, para establecer las causas y mecanismos de los procesos patológicos, es decir, para llegar a nuestro objetivo el diagnóstico etiopatogénico.

II. Planeo de tratamiento y pronóstico.

La segunda etapa del plan de asistencia en rehabilitación oral integral, está constituida por el planeo del tratamiento y pronóstico. Para iniciar el estudio de un plan de tratamiento odontológico integral, debemos establecer primeramente las posibilidades de curación o corrección del caso (concepto de gravedad). La gravedad de los procesos patológicos depende de condiciones referentes a la enfermedad diagnosticada y de condiciones referentes al terreno donde esa en-



FIGURA 7

fermedad evolucionar, es decir, al enfermo (Fig. 8). Se estudiarán naturaleza, grado, localización, y evolución del proceso patológico; y edad, resistencias orgánicas (factores generales hereditario y constitucional), y estados psíquico, fisiológicos y patológicos (factor general actual), caso del enfermo. Una vez perfectamente conocidos enfermedad y enfermo, y considerado el caso curable, o corregible, entramos al planeo del tratamiento.

El planeo del tratamiento en rehabilitación oral integral, tiene por ojetivos la recuperación de la función y estética del sistema estomatognático, y la recuperación del estado de salud de todos los tejidos orales. El tratamiento será minuciosamente planeado, estableciendo las medidas terapéuticas indicadas y su ubicación en el tiempo. Se programarán si es posible, las etapas evolutivas del proceso de curación, determinando qué medida terapéutica será la inicial, cuál será la respuesta a la terapia, y cuales serán las condiciones existentes al comienzo de la segunda etapa; y así sucesiva-

mente hasta el término de la rehabilitación. Naturalmente este programa escalonado de un tratamiento odontológico no siempre podrá ser ejecutado fielmente como un proyecto arquitectónico; no debemos olvidar que estamos actuando en un terreno biológico donde tanto los procesos patológicos como las condiciones del enfermo pueden variar en el curso de una rehabilitación oral. Si en un momento dado las condiciones presentes no correspondieran a lo esperado en el plan, se variarán las etapas siguientes de acuerdo a las nuevas necesidades. En casos en que existen en la cavidad oral manifestaciones de trastornos orgánicos generales, es preferible esperar la respuesta al tratamiento específico instituido, antes de planear todo el proceso de rehabilitación.

Al estudiar la gravedad del caso y al instituir el plan de tratamiento, prácticamente hemos realizado el Pronóstico, pues hemos quedado en condiciones de predecir la futura evolución del proceso patológico, la respuesta a la terapia y las condiciones en que se logrará la rehabilitación oral.

Planeado el tratamiento y establecido el pronóstico, el odontólogo realizará una entrevista formal con el paciente, poniéndolo en conocimiento de todos los datos aportados por la diagnosis, mostrando y explicando ficha clínica, modelos, radiografías, etc., y detallando el plan de tratamiento de modo que se for-



FIGURA 8

me una idea de qué es lo que puede esperar sobre permanencia, confort, estética, y función. El aspecto económico recibirá la debida atención.

III. Rehabilitación oral (Ejecución).

La tercera etapa del plan asistencial integral está constituida por la realización práctica del plan de tratamiento instituido. La celeridad de la ejecución está en relación directa del tipo de alteraciones existentes, pudiendo variar de meses a años; en todos los casos un concepto biológico debe regir nuestras intervenciones.

Completada la rehabilitación oral, el paciente es objeto de un examen final, con el objeto de controlar todos los trabajos realizados y comprobar la salud oral y eficiencia funcional y estética logradas. Se instruirá además al paciente sobre cuidados especiales que puedan requerir las características particulares de los tratamientos realizados y se insistirá sobre los procedimientos clásicos de higiene y prevención buco-dental.

Se registrarán todos los datos de interés científico documental del caso. El paciente firmará en la ficha su conformidad con el trabajo realizado, y quedará citado para un semestre después.

IV. Exámenes periódicos de control y prevención.

La cuarta y última etapa del plan de asistencia en rehabilitación oral integral está represen-

tada por los exámenes periódicos de control y prevención.

Los exámenes semestrales de los casos tratados, brindarán excelentes beneficios tanto al paciente como al odontólogo. El control sobre los trabajos realizados, radiografías, retoques, desgastes, etc., ayudará a la permanencia y confort de las restauraciones; los tejidos parodontales tratados serán vigilados; los tratamientos endodóncicos o quirúrgicos controlados, etc. Simultáneamente el paciente recibirá un valioso servicio de asistencia odontológica preventiva integral.

Para el odontólogo estos exámenes periódicos de las rehabilitaciones orales son de gran valor. Se extraerán informaciones de interés científico sobre factores que normalmente escapan a su valoración; éxito o fracaso en el diagnóstico plan de tratamiento y pronóstico instituidos, bondad de técnicas, propiedades de materiales, resistencias individuales, etc.

Naturalmente, todo el desarrollo del plan asistencial integral queda registrado, documentado, en las correspondientes fichas clínicas cuya importancia, en múltiples aspectos es innecesario recalcar.

RESUMEN Y CONCLUSIONES

La asistencia odontológica actual es responsable no sólo de la salud dentaria, sino de la salud funcional de todos los órganos y tejidos de la cavidad oral integrantes del sistema estoma-

tognático. El odontólogo debe conocer los múltiples y variados problemas de la cavidad oral, comprendiendo y valorando: 1º la estrecha interrelación existente entre todos y cada uno de los órganos y tejidos del sistema estomatognático, y 2º la condición no independiente de dicho sistema del organismo entero, es decir, el concepto de entidad biológica-paciente. Los problemas de rehabilitación oral, involucrando factores de Cirugía, Periodoncia o Endodoncia, hacen imprescindible la evaluación y consideración del status de salud del paciente. Este estudio de la entidad-paciente no sólo permite un tratamiento científico de los problemas odontológicos, sino que confiere al odontólogo la calidad de miembro integrante de los Servicios de Salud Pública.

El odontólogo o práctico general debe aplicar en los procesos de rehabilitación oral, un plan de asistencia integral constituido por, estudio del enfermo y diagnóstico, planeo del tratamiento y pronóstico, ejecución de la rehabilitación oral y exámenes periódicos de control y prevención. El odontólogo debe ser capaz en todos los casos de realizar el diagnóstico y planeo del tratamiento integral, mientras que la ejecución de ese plan podrá ser realizada por el mismo profesional en su totalidad o parcialmente, enviándose al especialista correspondiente para su complementación, de acuerdo a una consciente y honesta auto-

valoración en cada disciplina. Naturalmente, este concepto de asistencia odontológica integral con punto de partida en un diagnóstico y planeo de tratamiento de todos los casos de complejas rehabilitaciones orales, exige una amplia y completa capacitación del odontólogo o práctico general. Es necesidad urgente que las Facultades de Odontología den los pasos necesarios para brindar esa capacitación a los próximos profesionales, comenzando por la preparación de los docentes habilitados para ello.

Por nuestra parte, los ya graduados debemos buscar el camino en el estudio, y al principio, si se quiere, en el trabajo por equipos.

El trabajo por equipo no significa la simple reunión de varios especialistas en diversas disciplinas, sino además la capacitación de cada uno de los integrantes para "ver" globalmente, integralmente, la anatomía, fisiología, y patología del sistema estomatognático, y sus relaciones con la entidad biológica-paciente.

Pero el objetivo final debe ser la capacitación del práctico general para diagnosticar, planear, y ejecutar (esto parcial o totalmente), todos los casos de rehabilitación oral integral.

Sólo con renovados esfuerzos la profesión odontológica podrá hacer frente a sus nuevas y exigentes responsabilidades.

BIBLIOGRAFIA

- BAER, P. N. — An analysis of physiologic rest position, centric relation, and centric occlusion. *J. Periodontology*. 27: 181. 1956.
- BEHNSILIAN, V. — Asistencia odontológica integral. *Anales. F. Odont. Montevideo*. Nº 7, Vol. IV. Tomo I. 1958.
- BERNIER, S. — The role of organ systems and age in periodontal disease. *J. Periodontology*. 29: 247. 1958.
- BEYRON, H. L. — Characteristics of functionally optimal occlusion and principles of occlusal equilibration. *J.A.D.A.* 48: 648. 1954.
- BIGNELL, K. A. — Diagnosis and reconstruction technic in full mouth rehabilitation. *J.A.D.A.* 40: 295. 1950.
- BJORNDAL, O. — Periodontal traumatism. *J. Periodontology*. 29: 223. 1958.
- ERONSTEIN, B. R. — Rationale and technic of biomechanical occlusal rehabilitation. *J. Prosthetic D.* 4: 352. 1954.
- BURKET, L. W. — Oral medicine, past present and future. *J. Periodontology*. 29: 167. 1958.
- CAMANI ALTUBE, L. A. — Estudio mecánico del aparato dentario. Ediar, S. A. Buenos Aires. 1952.
- CAMANI ALTUBE, L. A. — Trascendencia de la oclusión. *R.A.O.A.* 46: 95. 1958.
- CARRARO, J. J. — Síndrome traumático temporomandibular. Su ubicación dentro de la fisiopatología del sistema masticatorio. *R.A.O.A.* 46: 1. 1958.
- CARRARO, J. J. — Las desarmonías oclusales y su vinculación con la disfunción temporomandibular. *R.A.O.A.* 47: 31. 1959.
- COHN, L. A. — Factors of dental occlusion pertinent to the restorative and prosthetic problem. *J. Prosthetic D.* 9: 256. 1959.
- COHN, L. A. — Intergrating treatment procedures in occluso-rehabilitation. *J. Prosthetic D.* 7: 511. 1957.
- EDITORIAL. Management of occlusal problems in the practice of dentistry. *J.A.D.A.* 48: 619. 1954.
- GILL, J. R. — Treatment planning for mouth rehabilitation. *J. Prosthetic D.* 2: 230. 1952.
- GOLDMAN, I. — The goal of mouth rehabilitation. *J. Prosthetic D.* 2: 246. 1952.
- GOLDMAN, I. — The art and science of full mouth rehabilitation. *D. Digest*. 59: 17. 1953.
- GRABER, T. — The fundamentals of occlusion. *J.A.D.A.* 48: 177. 1954.
- GRANGER, E. R. — Functional relations of the stomatognathic system. *J.A.D.A.* 48: 638. 1954.
- HAUPL, J. — Tratado general de odonto-estomatología. Editorial Alhambra. Madrid. 1958.
- JANKELSON, B., HOFFMAN, G., and HENDRON, J. A. — The physiology of the stomatognathic system. *J.A.D.A.* 46: 375. 1953.
- JANKELSON, B. — Physiology of human dental occlusion. *J.A.D.A.* 50: 664. 1955.
- KAZIS, H. y KAZIS, A. J. — Rehabilitación oral completa mediante prótesis de puentes y coronas. Editorial Bibliográfica Argentina. Buenos Aires. 1958.
- LANDA, J. S. — The free-way space and its significance in the rehabilitation of the masticatory apparatus. *J. Prosthetic D.* 2: 756. 1952.
- LANDA, J. S. — A scientific approach to the study of the temporomandibular joint and its relation to occlusal disharmonies. *J. Prosthetic D.* 7: 170. 1957.
- LINDELOM, A. G. — The value of bite analysis. *J.A.D.A.* 48: 657. 1954.
- MOULTON, G. H. — Centric occlusion and free-way space. *J. Prosthetic D.* 7: 209. 1957.
- MOYERS, R. — Some physiologic considerations of centric and other jaw relations. *J. Prosthetic D.* 6: 183. 1956.
- NISWONGER, M. E. — The rest position of the mandible and the centric relation. *J.A.D.A.* 21: 1572. 1934.
- ORBAN, B. — Biologic basis for correcting occlusal disharmonies. *J. Periodontology*. 25: 257. 1954.
- PERRY, H. y HARRIS, S. — Role of the neuromuscular system in functional activity of the mandible. *J.A.D.A.* 48: 665. 1954.
- SCHOPPER, A. F. — Loss of vertical dimension: causes and effects; diagnosis and various recommended treatments. *J. Prosthetic D.* 9: 428. 1959.
- SCHWARTZ, L. — Conclusions of the temporo-mandibular joint clinic at Columbia. *J. Periodontology*. 29: 210. 1958.
- SCHWEITZER, J. — Oral rehabilitation. Mosby Co. St. Louis. 1951.
- SHEPPARD, I. M.; JACOBSON, H. G.; ZAINO, C. y POPPELL, M. H. Dynamics of occlusion. 58: 3: 77. 1959.
- THOMPSON, J. R. — A cephalometric study of the movements of the mandible. *J.A.D.A.* 28: 750. 1941.
- THOMPSON, J. R. y BRODIE, A. G. Factors in the position of the mandible. *J.A.D.A.* 29: 925. 1942.
- THOMPSON, J. R. — The rest position of the mandible and its significance to dental science. *J.A.D.A.* 33: 151. 1946.
- THOMPSON, J. R. y CRADDOCK, F. W. — Functional analysis of occlusion. *J.A.D.A.* 39: 404. 1949.
- THOMPSON, J. R. — Concepts regarding function of the stomatognathic system. *J.A.D.A.* 48: 628. 1954.