

Aumento de la dimensión vertical y Rehabilitación integral en paciente con bruxismo vertical y trauma oclusal

Rueda-Robledo Lilia Midory,* Ortega-Pineda Ricardo.**

Resumen

El bruxismo es considerado como una patología de ocurrencia común, pudiendo ser observado en todos los niveles etarios, con prevalencia semejante en ambos sexos. El bruxismo desgasta el esmalte inicialmente, siendo este, el signo más importante de esta patología. La mayor causa de patología oclusal y puede ser definido como un desorden de los movimiento orales estereotipados, caracterizado por el apretamiento de los dientes durante el día o durante periodos de sueño. Puede ser producto de tres etiologías diferentes: 1) por causa oclusal, 2) la etiología emocional y 3) la etiología central. El diagnostico de este caso clínico fue bruxismo vertical, hipertrofia y dolor muscular y lesiones periapicales en zona anterior superior, el cual fue tratado integralmente con alargamiento coronarios y restauraciones metálicas, metal porcelana con frente estético y Prótesis parcial removible, para poder devolver función y estética al paciente.

Palabras clave: dimensión vertical, bruxismo, rehabilitación.

Abstract

Bruxism is considered to be a disease of common occurrence, and can be observed in all age level, with same prevalence in both sexes. Bruxism wears the enamel initially, this is the sign of the beginning of this pathology. The biggest cause of pathology oclusal and It can be defined as a disorder of the oral motion, characterized by the clenching of teeth during the day or during periods of sleep. It may be caused by three different etiologies: 1) for oclusal causes, 2) emotional etiology and 3) central etiology. Diagnosis of this case clinical was vertical bruxism, hypertrophy and muscle pain and Periapical lesions in upper anterior zone, which was fully treated with coronary elongation and metal restorations, porcelain metal with aesthetic front and Removable partial denture, to return function and aesthetics to the patient.

Key words: vertical dimension, bruxism, rehabilitation.

*Alumna de 2º año de la Especialidad de Odontología Restaurativa. UPAEP

** Catedrático de Oclusión y Rehabilitación en la Especialidad de Odontología Restaurativa

Correspondencia: Lilia Midory Rueda Robledo. e-mail: cd.midoryrueda@gmail.com

Recibido: Octubre 2014 Aceptado: Marzo 2015

Introducción

El bruxismo desgasta lo que es el esmalte inicialmente, siendo, el signo más importante de esta patología, el patrón de desgaste es más común en dientes anteriores en la dentición natural causando tensión en los músculos maseteros, lo cual puede mejorar al prescribirse relajantes musculares.¹

Se ha demostrado que el bruxismo no solo está relacionado a anomalías físicas pero también en el comportamiento y en el estilo de vida, los dentistas pueden encontrar pacientes que pueden continuar bruxando sin importar que la condición dental ha mejorado.²

El bruxismo se contempla como una patología de etiología multifactorial, en la que los factores oclusales y los morfológicos parecen no tener un claro efecto y obedece a tres etiologías diferentes: 1) causa oclusal, 2) etiología emocional y 3) etiología central; y es necesario tomar en cuenta

ciertos procedimientos para un correcto diagnostico: Sintomatología, Examen Intraoral, Examen extraoral, Análisis de ATM y Diagnostico de la etiología oclusal del bruxismo.³

El trauma oclusal se produce en cualquier parte del sistema masticatorio como resultado de un contacto oclusal anormal y/o de la función del mismo; manifestándose ya sea en el periodonto, dientes, tejido pulpar, ATM o sistema neuromuscular. Así mismo una lesión traumática puede ser ocasionada por los siguientes factores: Hábitos parafuncionales, Contactos oclusales excesivos, Mal oclusión, Patrones unilaterales de masticación, Perdida de dientes, Perdida de soporte periodontal, Caries dental, Restauraciones y prótesis defectuosas, Ajuste oclusal defectuoso, Desplazamiento inflamatorio o neoplásico de los dientes y Forma y posición inadecuada de los dientes.⁴

Existen ciertos casos clínicos, en el cual hay pacientes que han perdido la dimensión vertical, ya sea por la falta de órganos dentarios, desgaste dental y/o reabsorción ósea y se ha demostrado que dimensión en reposo varía después de que los contactos dentales se han perdido, por lo tanto antes de realizar cualquier tipo de rehabilitación en donde la dimensión vertical se ha perdido es necesario medir la dimensión vertical en reposo y en oclusión y verificar cuanto se ha perdido y cuanto será el aumento que se realizará.⁵

Así que a veces la pérdida de fragmentos de dientes por caries, fracturas o desgastes oclusales disminuye la posibilidad de tratamientos protésicos, por lo tanto disminuye la estructura dental remanente capaz de cumplir los principios de retención y anatomía. En estos casos es necesario realizar un alargamiento coronario, el cual es un proceso común e importante en la práctica dental, y se define como el incremento de la longitud de corona clínica.⁶

Pero ciertas veces un alargamiento de corona no brinda la suficiente estructura dental para poder realizar lo que es una restauración coronaria, por lo tanto es necesaria la colocación de un poste, en casos donde la retención es nula.⁷ La selección del diseño de postes es importante, ya que puede influenciar en la longevidad del diente.⁸

Un poste ideal debería tener un módulo de elasticidad semejante al de la raíz y se ha reportado que los postes de fibra de carbono son óptimos para esto. Las fibras de carbono, por la tensión uniforme que ejercen sobre los filamentos, imparten mayor fuerza a los postes.⁹

El sistema de poste de cono hecho de fibra de cuarzo y resina epóxica fue desarrollado para conformar la forma de conducto lo más exacto posible. Los beneficios de este sistema son: mínima eliminación de estructura dental durante la conformación de conducto, mejor adaptación Poste-canal apicalmente y buena retención del poste.¹⁰

Una restauración exitosa de un tratamiento de conductos requiere un efectivo sellado coronario, protección del diente remanente, restaurar la función y aceptación estética. Una férula dental es

Tabla 1. Diagnostico y plan de Tratamiento

Organo dentario	Diagnostico	Tratamiento
18	Ausente	-----
17	Restauración de resina con sellado marginal deficiente.	Corona de Metálica
16	Resto radicular	Extracción / PPR
15	Corona metálica con anatomía deficiente	Corona de Metal porcelana
14	Reconstrucción con anatomía y sellado deficiente	Corona de Metal porcelana
13	Resto radicular	*Tratamiento de conductos *Reconstrucción con Endoposte *Alargamiento de corona *Corona de metal porcelana
12	Resto radicular, Lesión periapical	*Tratamiento de conductos *Reconstrucción con Endoposte *Alargamiento de corona *Corona de metal porcelana
11	Resto radicular	*Tratamiento de conductos *Reconstrucción con Endoposte *Alargamiento de corona *Corona de metal porcelana
21	Resto radicular	*Tratamiento de conductos *Reconstrucción con Endoposte *Alargamiento de corona *Corona de metal porcelana
22	Resto radicular	*Tratamiento de conductos *Reconstrucción con Endoposte *Alargamiento de corona *Corona de metal porcelana
23	Ausente	PPR
24	Corona metálica con anatomía deficiente	*Corona de metal porcelana
25	Ausente	PPR
26	Restauración de amalgama con sellado marginal deficiente.	Corona de metal Metálica
27	Ausente	-----
28	Ausente	-----
38	Ausente	-----
37	Ausente	
36	Corona metálica con anatomía deficiente	Corona de metálica
35	Ausente	PPR
34	Abfracción en cara vestibular y oclusal	Corona de metal porcelana
33	Abfracción en cara vestibular	Carilla
43	Abfracción	Carilla
44	Abfracción en cara vestibulooclusal	*Corona de metal porcelana
45	Ausente	PPR
46	Ausente	PPR
47	Corona metálica con anatomía deficiente	*Corona de metálica
48	Ausente	----



Imagen 1. Fotografías extraorales.



Imagen 2. Fotografías Intraorales.

una banda que rodea el vaciado metálico alrededor de la superficie de la corona del diente.¹¹ Existen diferentes restauraciones para poder rehabilitar integralmente, el bruxismo parece ser un indicador de riesgo para defectos en metal cerámica, monitoreando el bruxismo puede ayudar a decidir entre metal cerámica y restauraciones metálicas.²

La corona metal cerámica es una restauración de metal porcelana con frente estético, la cual consiste en una corona metálica colada de recubrimiento total (subestructura) recubierta por un capa de porcelana fundida que imita el aspecto de un diente natural.¹² Así mismo la corona colada de recubrimiento total presenta la mayor longevidad de todas la restauraciones fijas. Para rehabilitar un solo diente o como retenedor de una prótesis dental fija.¹³

Una prótesis parcial removible está diseñada de manera que pueda ser convenientemente retirada de la boca y reinsertada por el mismo paciente. Una prótesis parcial removible puede ser dentosoportada o derivar su soporte tanto de los dientes como del reborde residual.¹³

Descripción del caso

Paciente de sexo masculino, 51 años de edad, sin antecedentes patológicos de relevancia, acudió a la Facultad de Odontología UPAEP a Licenciatura, el cual fue remitido a la especialidad de Odontología Restaurativa para una evaluación y tratamiento más especializado.

Al examen extraoral, se observa una forma de cara cuadrada y a la palpación de los músculos masticatorios no hay signos de dolor, solo se presenta tensión muscular. Así mismo el paciente refiere que se ha encontrado bajo mucho estrés durante muchos años, que anteriormente ya ha utilizado guarda oclusal pero que no las utiliza porque refiere dolor de cabeza y muscular (Imagen 1).

Al examen intraoral se observa que se presenta desgaste severo en los órganos dentarios anteriores superiores, hasta mostrar la entrada de los conductos pulpares, también la presencia de restauraciones con sellado marginal deficiente y restauraciones sobrecontorneadas (Imagen 2).

Se realizó el diagnóstico y plan de tratamiento, como se muestra en la Tabla 1, la cual engloba generalmente cada órgano dentario y su respectivo plan de tratamiento, este mismo fue llevado a cabo bajo el consentimiento del paciente.

Primera Fase

Se realizaron tratamientos de conductos de toda la zona anterior posterior correspondiente a los órganos dentarios 11,12,13,21 y 22, para posteriormente el Periodoncista realizara los alargamientos de corona, para poder obtener 2 mm de estructura dental y poder colocar provisionales, como fin de observar como seria la posible restauración final y así mismo poder tener un buen manejo de tejidos (Imagen 3).

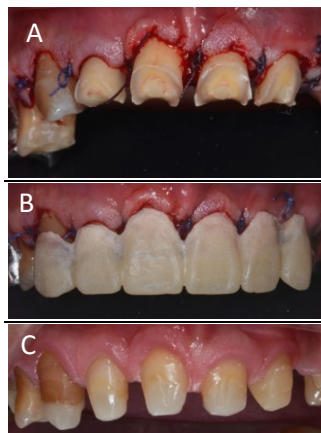


Imagen 3. A) Colocación de suturas después de alargamiento coronario. B) Colocación de provisionales. C) Vista frontal de reconstrucciones.

Segunda Fase

Posteriormente se realizaron las reconstrucciones de los órganos dentarios 11,12,13,21 y 22, por medio del uso de postes de fibra de vidrio personalizados y la conformación del núcleo (Imagen 3C). Una vez realizado la reconstrucción de toda la arcada superior (Imagen 4) e inferior se realizaron las preparaciones para restauraciones metálicas y metal porcelana, de acuerdo al plan de tratamiento (tabla 1).

Imagen 4. Vista oclusal de la reconstrucción.



Una vez que se realizaron las pruebas de metales, de bizcocho y de glaseado de las restauraciones definitivas y de haber obtenido el consentimiento del paciente, se prosiguió a la cementación definitiva, (Imagen 5) para después tomar una impresión de ambas arcadas, la cual ayudo a realizar el diseño de la prótesis parcial removible y la fabricación de estos mismos.



Imagen 5. Vista oclusal con coronas ya cementadas.

Se instruyó al paciente sobre los cuidados que debe tener con sus P.P.R, la higiene que debe en toda la cavidad oral y una vez rehabilitado se remitió a terapia psicológica para tener un adecuado control sobre su estrés (Imagen 6).

Discusión

Cada vez más se está poniendo énfasis en el cuidado de la salud la cual es llevada a cabo por grupos de médicos que pertenecen a diferentes disciplinas. Lo ideal es que todos los equipos deben de trabajar juntos para obtener un mejor resultado. A Mayor especialización puede conducir a un mejor conocimiento y experiencia en la disciplina y como consecuencia a un mejor cuidado en la salud pero así mismo existen ciertos riesgos, como una inapropiada



Imagen 6. Fotografías intraorales finales

organización, ineficiente cuidado del paciente y aumento en el costo.¹⁴

En este caso fue necesario el trabajo interdisciplinario del Rehabilitador, Endodoncista y Periodoncista para poder obtener buenos resultados en el tratamiento, pero como se mencionó anteriormente aunque exista una buena función en cavidad oral en un paciente bruxista, es necesario que el paciente reciba otro tipo de terapia, en este caso se refirió al Psicólogo para poder controlar el estrés que presenta. El paciente no se dio de alta, para poder continuar con sus citas de control con los respectivos especialistas.

Referencias Bibliográficas

1. Barranca-Enríquez A, Lara-Pérez E, González-Deschamps E. Desgaste Dental y bruxismos. *Revista ADM*. 2004; LXI (6): 215-9.
2. Pingitore G, Chrobak V, Petrie J. The social and psychologic factors of bruxism. *J Prosthet Dent*. 1991; 65: 443-6.
3. Robaco P, Cabello G. Rehabilitación con implantes en pacientes bruxistas. Revisión de literatura y propuestas en base a las evidencias disponibles. *Periodoncia y Osteointegración*. 2010; 20 (2):135-46.
4. Andrade A, Belotti A. Trauma Oclusal. *FOC*. 1999: 19-23.
5. Toolson L, Smith D. Clinical Measurements and evaluation of vertical dimension. *J Prosthet Dent*. 1982; 47 (3): 236-41.
6. Escudero-Castaño N, García-García V, Bascones-Llundain J, Bascones-Martínez A. Alargamiento coronario, una necesidad de retención protésica, estética y anchura biológica: Revisión bibliográfica. *Avances en Odontostomatología*. 2007; 23 (4):171-80.
7. Meza A, Vera J, Did A, Polanco S. Postes radiculares y sellado endodóntico. *Revista ADM*. 2005; LXII (4): 132-6.
8. Fernandes A, Shetty S, Coutinho I. Factors determining post selection: A literature view. *J Prosthet Dent*. 2003; 90 (6): 556-62.
9. Sedano C, Rebollar J. Alternativas estéticas de postes endodónticos en dientes anteriores. *Revista ADM*. 2001; LVIII (3):108-113.
10. Iglesia-Puig M, Arellano-Cabornero A. Fiber-reinforced post and core adapted to a previous metal ceramic crown". *J Prosthet Dent*. 2004; 91:191-4.
11. Stankiewicz R, Wilson R. The ferrule effect: a literature review. *International Endodontic Journal*. 2002; 35: 575-581.
12. Rossenstiel, Stephen F. Land F, Fujimoto J. Prótesis fija contemporánea. Elsevier, 2009. 258-267, 272-281.
13. McGivney P, Castleberry J. McCracken Protesis parcial Removable. Ed. Médica Panamericana. Argentina 1992. 15, 24-33, 54-57.
14. Vandame Katleen. Pathway in multidisciplinary oral health care as a tool to improve clinical performance. *The international journal of Prosthodontics*. 2006 ; 19: 227-235.