

EDITORIAL

REFLEXIONES TRAS LOS 25 AÑOS DE EXPERIENCIA EN EL USO DE LA CLASIFICACIÓN PARA DIAGNÓSTICO DE LA OCLUSIÓN DE LA UPCH.

Carlos O. Matta Morales. PhD.*¹

¹ Sección de Oclusión y Rehabilitación Oral, Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

* carlos.matta@upch.pe

ORCID: <https://orcid.org/0009-0005-9860-7672>

"Mi filosofía en odontología: hacer odontología fácil con base científica, aplicando lógica y sentido común que garantice una buena respuesta biológica y se acerque a lo natural."

En el año 2025 se cumplirán 25 años usando la Clasificación para el Diagnóstico de la Oclusión en la Sección de Oclusión y Rehabilitación Oral, a la que pertenezco, de la Facultad de Estomatología de la Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Los egresados heredianos de las primeras promociones hemos recibido la tarea de operativizar la planificación de los docentes fundadores y en esa tarea, nos tocó planificar, diseñar, ejecutar y evaluar una diversidad de tecnologías didácticas para la enseñanza de la profesión, en mi caso la tarea fue respecto a mi área de desempeño que es la Oclusión.

Esta construcción fue posible gracias a los aportes y enseñanzas de mis maestros Suramericanos de la Oclusión y Rehabilitación oral, tales como David Loza Fernández (de quien fui discípulo directo - QEPD) amauta que fue un pilar en lo que respecta a la Oclusión y Rehabilitación Oral en el Perú y en Hispanoamérica, Arturo Manns Freese (con quien me une una amistad de larga data) el referente hispanoamericano más importante en Desórdenes Cráneo Mandibulares y Cráneo Cervicales y Homero Flores Flores quien fuera mi Tutor en la Universidad de Concepción en Chile en el año 1992, amplió conocedor y referente de todo lo que concierne a la Función y la Disfunción del Sistema Estomatognático y estructuras relacionadas, ambos de Chile. Todos ellos grandes profesionales y docentes, pero además de esto, y debo de resaltar, grandes personas.

Oficialmente empecé en el año 2000 a recopilar información de los diagnósticos o qué se empleaba como diagnósticos, si bien es cierto había mucha información ésta era muy dispersa y poco a poco esta clasificación fue empleada en mi sección y ha sido utilizada desde entonces tanto en pregrado como en posgrado haciendo las modificaciones y correcciones según veía que se requería para hacerla más entendible, aplicable y de fácil uso. En el año 2015 cada una de las áreas de la facultad, presentó su propuesta de manejo de pacientes y en el caso de mi área se presentó esta propuesta y se aceptó por consenso entre los profesores de la sección (1). El 12 de Mayo del 2020 la presenté a la Sección de Oclusión y Rehabilitación Oral como ahora se muestra. Hemos implementado su uso también en el Posgrado de la Universidad Andina Simón Bolívar (UASB) Sucre-Bolivia en la Maestría de Rehabilitación Oral e Implantes y en la de Periodoncia e Implantología y ahora se ha compartido esta clasificación en el posgrado de la Universidad Católica de Cuenca a cargo del Dr. Bolívar Delgado Gaete. Sin embargo, si una tecnología pretende entrar en las fases de la ciencia tal como muestra Thomas Kuhn en su libro Estructura de las Revoluciones Científicas(2); tiene que tener evidencias que la respalden, fue así que decidí tomar como tema de Tesis de Doctorado esta clasificación para presentar el tema Caracterización Clínica del Síndrome de Combinación y Edéntulo Total Bimaxilar: Series de Casos, que invito a los lectores visitar en el repositorio de tesis de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, recurso disponible en la dirección web (<https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/14262>).

Sirva esta introducción para dar testimonio vivo de que los Académicos del Sur Global, podemos crear conceptos, teorías y tecnologías útiles para todo el mundo sin fines de lucro y con la única finalidad de mejorar la profesión odontológica en favor de nuestros pacientes.

El Diagnóstico de la Oclusión es fundamental en los pacientes que requieran de tratamientos de rehabilitación o equilibrio de su oclusión, ya que éste influye directamente en los tratamientos y su pronóstico. En este contexto, me permito presentarles una clasificación que ayuda a comprender mejor las diferentes condiciones oclusales, facilitando su diagnóstico y el tratamiento subsecuente.

I. CLASIFICACIÓN GENERAL PARA DIAGNÓSTICO DE LA OCLUSIÓN

La clasificación propuesta se divide principalmente en tres categorías: Desorden Funcional Oclusal, Edéntulo Total Bimaxilar y Hábitos Parafuncionales. Cada una de estas categorías abarca un conjunto de condiciones y consecuencias específicas que afectan la oclusión del paciente.

1. Desorden Funcional Oclusal (DFO)

Condiciones asociadas: a. Disarmonía Oclusal b. Oclusión Traumática c. Colapso Posterior de Mordida d. Síndrome de Combinación/ Hiperfunción Anterior e. Oclusión Colapsada

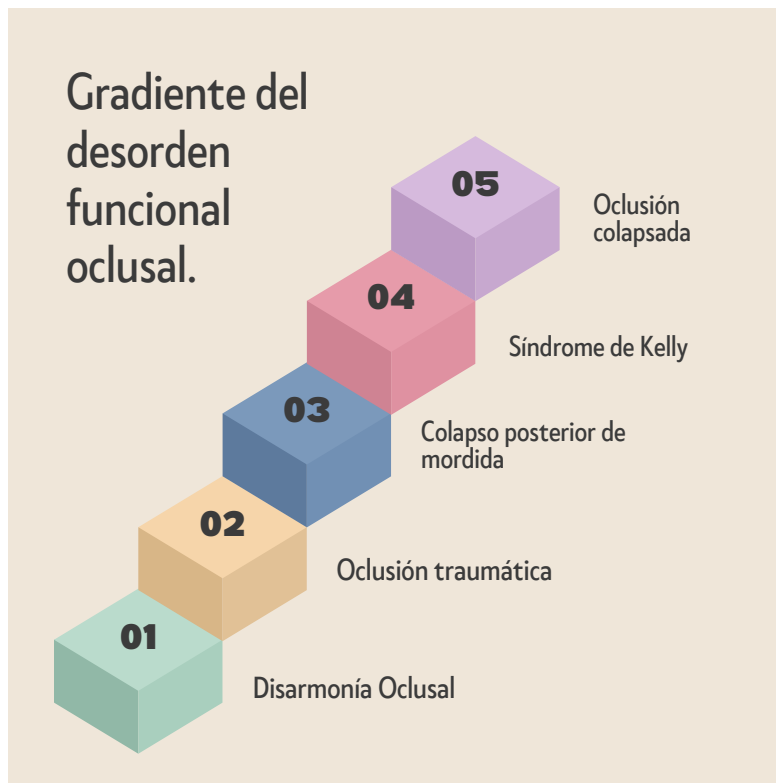


Figura 1. Gradiente del desorden funcional oclusal.

En esta categoría, se considera la presencia dentaria. Cada estado presenta características propias como consecuencias de las condiciones que caracterizan a cada una de ellas que los odontólogos deben evaluar cuidadosamente.

- 1.1 Disarmonía Oclusal:** Se caracteriza por la existencia de signos clínicos sin síntomas, reflejando una oclusión estable que, mantiene la dimensión vertical oclusal, aunque no es completamente funcional permite cierta capacidad masticatoria.
- 1.2 Oclusión Traumática:** Implica una sobrecarga oclusal, incluso sin dolor, pero con posible movilidad dentaria y ensanchamiento del espacio periodontal en las imágenes radiales.
- 1.3 Colapso Posterior de Mordida:** Se manifiesta por alteraciones en soporte posterior y disminución de la Dimensión Vertical Oclusal (DVO), llevando a un contacto dentario que puede resultar en desplazamientos no deseados.
- 1.4 Síndrome de Combinación/Síndrome de Kelly /Hiperfunción Anterior :** Ocurre cuando hay hiperfunción en la zona anterior, afectando principalmente a las prótesis y llevando a complicaciones como extrusiones dentarias y reabsorciones óseas.
- 1.5 Oclusión Colapsada/Colapso oclusal:** Se caracteriza por la pérdida de contacto dentario anterior y ausencia de soporte posterior, culminando en una oclusión cuya función está muy limitada.

2. Edéntulo Total Bimaxilar (Sin presencia dentaria)

Este estado se da en la ausencia total de piezas dentales, resultando en la ausencia de propiocepción periodontal, lo que esencialmente limita la capacidad funcional y la respuesta del sistema nervioso central a estímulos que típicamente sería procesados a través de las estructuras dentarias.

3. Hábitos Parafuncionales

Se refiere a comportamientos, frecuentemente inconscientes, que pueden alterar la oclusión, como el bruxismo, masticar objetos extraños, entre otros.

3.1 Posturales: Ocupacionales y no ocupacionales.

3.2 Orales:

- **3.2.1 Externos** (onicofagia, morder objetos, otros)

- **3.2.2 Internos**

3.2.2.a Bruxismo

- Según influencia sistémica: Primario (sin influencia) o Secundario (con influencia sistémica).
- Según tiempo de duración: Temporal y Crónico.
- Según dirección de movimiento: Céntrico y excéntricos.

Céntrico: Cuando el maxilar inferior se encuentra en Máxima Intercuspidación, manteniendo presión contra el maxilar superior en episodios de contracción muscular isométrica. Clínicamente se va a observar bordes incisales y oclusales irregulares ("astilladuras") y cracks adamantinos sobre todo más en las piezas anteriores (Grado 1 y 2 de Hansson Modificado¹) (5). A este paciente se le conoce como apretador.

Excéntricos:

- **Antero-Posterior:** Cuando el maxilar inferior realiza movimiento antero-posterior con contacto dentario (rechinar). Clínicamente se va a observar más desgaste en las piezas anteriores (**Grado 2 de Hansson Modificado¹** a más) que en las posteriores.
- **Lateral (de derecha a izquierda):** Cuando el maxilar inferior realiza movimiento lateral con contacto dentario (rechinar). Clínicamente se va a observar más desgaste en las piezas posteriores (**Grado 2 de Hansson Modificado¹** a más) que en las anteriores sobre todo más evidentes en las cúspides de soporte.
- **Mixto (Antero-Posterior y Mixto):** Cuando el maxilar inferior realiza movimientos antero-posterior y lateralmente de forma combinada con contacto dentario (rechinar). Clínicamente se va a observar más desgaste en las piezas posteriores (**Grado 2 de Hansson Modificado¹** a más) que en las anteriores sobre todo más evidentes en las cúspides de soporte.

¹ Índice de Hansson y Nilner Modificado (Carlos Matta Morales-2002) para cuantificar, evaluar y describir el grado de desgaste dentario:

Grado 0: ausencia de desgaste dentario (Modificación)*.

Grado 1: facetas de desgaste dentario en esmalte.

Grado 2: facetas de desgaste dentario en esmalte o islotes de dentina hasta 1mm.

Grado 3: compromiso del tercio incisal o desgaste exagerado hacia lingual/palatino o bucal.

Grado 4: facetas de desgaste que comprometen cámara pulpar.

*Nota: la modificación considera el Grado 0 donde se debe observar ausencia de desgaste dentario de esmalte.

3.2.2.b . Posiciones no funcionales que comprometan a la mandíbula, lengua y/o labios:

- Deglución Atípica
- Respirador Bucal
- Morderse los labios
- O cualquier otra posición que comprometa una, dos o todas las partes.

II. IMPORTANCIA DEL DIAGNÓSTICO OCLUSAL EN TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS

La experiencia indica que la Relación Céntrica (RC) es crítica para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento en odontología restauradora y protésica. La RC debe ser examinada y registrada adecuadamente cuando se efectúan tratamientos que requieran restauraciones extensivas o en pacientes sin oclusión estable.

Los pasos recomendados incluyen, además de la evaluación anamnéstica y clínica del paciente la obtención y análisis de modelos de estudio, encerado de modelos de estudio como ayuda diagnóstica, empleando registros intermaxilares que usen la relación céntrica como punto de partida, confección de provisorios y ajustes hasta que el paciente se adapte completamente. También se destaca la importancia de evaluar la Dimensión Vertical, ya que, en casos de desgaste severo, puede necesitar ajustes para asegurar el correcto funcionamiento del tratamiento establecido, esto para citar un ejemplo ya que en todos los casos existen variables diferentes como la biológica y la capacidad de adaptación de cada paciente.

III. CONCLUSIONES

Un diagnóstico adecuado de la oclusión es la piedra angular en la odontología restauradora, considerando en ello a los tratamientos de rehabilitación oral y/o manejo de la oclusión como tal. Al clasificar las condiciones oclusales de forma clara y comprensible los estudiantes de pregrado y posgrado, así como los profesionales de la salud dental pueden contar con una herramienta eficaz para abordar los Desórdenes Funcionales Oclusales en sus pacientes.

Un enfoque integral y fundamentado no solo mejora la efectividad de los tratamientos sino que también aumenta la calidad de atención brindada a los pacientes. La continua investigación y aprendizaje en este campo son cruciales para la evolución de las técnicas y diagnósticos en odontología, permitiendo ofrecer soluciones más precisas y adaptadas a cada clínica.

De cara al próximo cuarto de siglo, desde la Universidad Peruana Cayetano Heredia, ponemos a vuestra disposición esta clasificación a fin de realizar investigaciones multicéntricas con el mismo instrumento de clasificación en cooperación entre nuestras universidades.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Paz Mayurí CA, Santos Escalante CC, Matta Morales CO, León Manco R, Quintana del Solar MG. Frecuencia y distribución de los diagnósticos de los desórdenes funcionales oclusales en pacientes atendidos en la Clínica Dental Docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia. *Rev Estomatol Hered.* 2023 Jun 30;33(2):112-20.
2. Bird A. The Structure of Scientific Revolutions and its Significance: An Essay Review of the Fiftieth Anniversary Edition. *Br J Philos Sci.* 2012 Dec 1;63(4):859-83.
3. Balarezo Razzeto JA, Castilla Camacho M, León Manco R, Meneses López A. Factores clínicos relevantes en el diagnóstico de un colapso posterior de mordida. Una revisión sistemática de reportes de caso 2021. *Rev Estomatol Hered.* 2022 Sep 27;32(3):295-304.
4. Morales M, Octavio C. Caracterización clínica del síndrome de combinación y edéntulo total bimaxilar: series de casos [Internet]. Universidad Peruana Cayetano Heredia; 2023 [cited 2024 Oct 30]. Available from: <https://repositorio.upch.edu.pe/handle/20.500.12866/14262>
5. Rendón A. Facetas de desgaste dentario y personalidad: revisión bibliográfica. *Kiru* [Internet]. 2015 Jun 30 [cited 2024 Oct 30];12(1). Available from: <https://portalrevistas.aulavirtualusmp.pe/index.php/Rev-Kiru0/article/view/466>