

Rehabilitación oral de paciente con Síndrome de Colapso Posterior de Mordida: Reporte de caso.

Oral Rehabilitation of patient with Posterior Bite Collapse Syndrome: Case report.

Quito-Vallejo Erica^{1*}, Gutiérrez-Pulla Karen², Loarte-Merino Guisela², Palacios-Vivar Diego¹

¹ Docente de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca. Ecuador.

² Odontóloga de consulta particular Cuenca. Ecuador

*equito@ucacue.edu.ec

Resumen

El colapso posterior de mordida es una de las patologías que se presentan dentro de la cavidad bucal como una alteración severa de la oclusión. Este síndrome se debe a la evolución de una serie de enfermedades dentales y periodontales, por lo que requiere de un correcto diagnóstico y tratamiento multidisciplinario que restaure el equilibrio del sistema estomatognático. En este reporte de caso clínico se muestra un tratamiento integral, dirigido por un especialista en Rehabilitación Oral, en el que tras considerar los parámetros precisos de intervención y evaluar las condiciones que presentaba la paciente, así como también la necesidad de un tratamiento en corto tiempo, se logró una rehabilitación oral que devolvió la armonía dentofacial.

Palabras clave: Oclusión dental traumática, arcada parcialmente edéntula, dimensión vertical, enfermedades periodontales.

Abstract

Posterior bite collapse is one of the masticatory disorders that occur within the oral cavity as a severe alteration of the occlusion. This syndrome is due to the evolution of a series of dental and periodontal pathologies, which requires correct diagnosis and multidisciplinary treatment to restore the altered balance of the stomatognathic system. In this clinical case report an integral treatment was carried out, in which after considering the precise parameters of performance and evaluating the conditions presented by the patient, as well as the need for a treatment in a short time, an oral rehabilitation was achieved that restored the dentofacial harmony.

Key words: Traumatic dental occlusion, partially edentulous arch, vertical dimension, periodontal diseases.

1 INTRODUCCIÓN

El síndrome de colapso posterior de mordida es una patología oclusal que se inicia con la pérdida dental en el sector posterior produciendo una sobrecarga oclusal anterior.^{1,2} Se considera entonces, que este desorden se presenta como consecuencia de enfermedad periodontal, hábitos parafuncionales y caries que provocan alteraciones en el arco dental dando origen a traumas oclusales y disminución de la dimensión vertical.^{1,4}

La dimensión vertical es la relación de altura entre el maxilar y la mandíbula, medida entre dos puntos anatómicos localizados el primero en la base de la nariz y el segundo en el mentón.^{3,6} Cuando se mide esta distancia con las piezas dentarias en máxima intercuspidad se denomina dimensión vertical en oclusión.^{3,5} Otro tipo de dimensión vertical es la

de reposo, distancia medida cuando la mandíbula se encuentra en una posición fisiológica de descanso.^{3,4,7} La diferencia entre ambas dimensiones, es el espacio libre interoclusal que mide entre 2 y 3 mm, considerado indispensable para el éxito protésico.^{3,7}

Esto hace que conservarla sea fundamental para la estabilidad oclusal, una adecuada relación de maxilares, un funcionamiento integral de la musculatura, eficacia masticatoria y la estética.^{4,5}

Sin embargo, la dimensión vertical puede sufrir modificaciones debido al bruxismo, migración dental, patrón esquelético, falta de soporte posterior, mal posición dentaria y maloclusión que provocan su disminución.^{1,3,6} Dentro de los métodos para diagnosticar y determinar el tratamiento de la dimensión vertical oclusal tenemos registros preextracción, cefalometrías, aparatología intraoral, sistemas fonéticos y de

deglución, pero hasta el momento no hay un procedimiento en particular que por sí solo la determine con exactitud.⁵

Uno de los métodos clínicos más utilizados es el testigo de la dimensión vertical, al colocar estos provisionales en el sector dental anterior permiten que el paciente se adapte a una nueva dimensión vertical, lo que posteriormente facilita la transferencia de esta nueva posición a la restauración definitiva.^{6,7}

El término colapso de mordida se empieza a utilizar en 1966 por Ramfjord y Ash tras establecerse esta palogía.³ En 1968, Amsterdam y Abrams lo nombraron colapso posterior de mordida, indicando que se debía a la pérdida de la dimensión vertical oclusal (PDVO), luego en 1975 Stern y Brayer describieron el colapso de la oclusión y en el año de 1994 la Academia de Prostondoncia la denominó como sobremordida posterior.^{2,3}

Finalmente se consideró que el término más apropiado para definir a este desorden fue el expuesto por Amsterdam en el que se refiere a “aquellas situaciones en las cuales se ha perdido gradualmente el soporte estabilizador posterior como resultado de una inclinación axial inadecuada de éstos, dando lugar a una transmisión inapropiada de las fuerzas masticatorias y, en presencia de enfermedad periodontal moderada o avanzada, también a un espaciamiento progresivo de los dientes anteriores, produciendo como último resultado una disminución de la dimensión vertical de oclusión”.³

Se ha clasificado su etiología de acuerdo a la condición dental, oclusal, periodontal y articular que lo produce, se describen a continuación en la Tabla N° 1.^{1-3,8}

La interacción de estos factores hace que los planos de oclusión, como curvas de Spee y de Wilson, no puedan cumplir su función protectora.¹

Este síndrome requiere de un tratamiento multidisciplinario que debe ser llevado de manera ordenada y secuencial para alcanzar resultados óptimos y duraderos.^{1,6,8} El diagnóstico es el procedimiento inicial para cualquier tipo de tratamiento, incluye valoración clínica y exámenes complementarios como fotografías, radiografías, modelos de estudio que tras ser montados en un articulador semiajustable y su posterior encerado diagnóstico, nos permitirán evaluar, comprobar la oclusión y la estética.^{6,8}

El objetivo del tratamiento es enfocarse en la eliminación de la etiología y su sintomatología sea esta de origen dental, periodontal o articular, mejorando la función masticatoria a través de la eliminación de contactos prematuros e interferencias y favoreciendo a la estética con prótesis funcionales que logren una dimensión vertical correcta.^{1,8}

El plan de tratamiento comprende dos fases una inicial con técnicas de higiene oral y tratamiento periodontal, una segunda correctiva que incluye operatoria dental, tratamiento endodóntico, gingivectomía (en casos que lo requieran), registro de la relación céntrica (con cera para determinar la nueva dimensión vertical), encerado de estudio, confección de perno muñón colado, tallado dental, uso de prótesis provisionales (por un periodo de 1 a 4 meses), toma de impresiones definitivas (previa colocación de hilo retractor), prueba de cofias metálicas (comprobando su inserción y ajuste), prueba de bizcocho (comprobando una correcta oclusión, máxima intercuspidad, guía canina, lateralidades y desocclusión posterior en protrusión mandibular), colocación de prótesis definitivas o implantes y controles periódicos.^{1,8}

DENTALES	OCUSALES	PERIODONTALES	ARTICULAR Y HÁBITOS PARAFUNCIONALES
Caries	Arcos dentales con espacios edéntulos	Periodontitis moderada y avanzada	Alteraciones de la ATM
Atrición severa	Pérdida prematura de la integridad del arco	Periodontitis oclusal	Incompetencia labial
Pérdida prematura del primer molar	Malposición dental		Interposición lingual
Restauraciones defectuosas	Maloclusión esquelética		Deglución atípica
Introgénias	Pérdida de contactos interproximales		Onicofagia
Facturas			Bruxismo
Exodoncias tempranas	Contactos prematuros e interferencias		
Agnesia	Disminución de la dimensión vertical		
	Migración patológica		
	Crecimiento alveolar segmentario superior		

Tabla 1. Factores etiológicos del Síndrome de Colapso Posterior de Mordida

2 DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino de la sexta década de vida, con aparente buen estado de salud general, acudió a la consulta odontológica, al motivo de la consulta respondió que desea cambiar su sonrisa. En el examen clínico intraoral se pudo observar:



Fig. 1. Fotografía oclusal lateral derecha, segundo molar superior presenta contacto con la mucosa del espacio libre de la mandíbula, extrusión del grupo I dental y ausencia dental parcial en el grupo I, III y IV.



Fig. 2. A) Fotografía intraoral del maxilar superior: restauraciones con amalgama y resina en mal estado en el sector posterior, vestibularización y mesioversión de piezas dentarias en el sector antero-posterior. B) Fotografía intraoral del maxilar inferior: restauraciones con amalgama en el sector posterior y mesioversión de piezas dentarias.



Fig. 3. Radiografía panorámica, maxilar superior: neumatización del seno maxilar derecho, descenso óseo y tratamientos de conducto. Maxilar inferior: reabsorción ósea horizontal, mesioangulación de pieza dentaria 3.8.



Fig. 4. A) Vista frontal de los modelos de estudio en oclusión: clase II de Angle, vestibularización de incisivos superiores. Zona edéntula anterior y posterior del sector inferior. B) Vista lateral derecha: grupo I fuera del plano de oclusión, zona edéntula posterior inferior. C) Vista lateral izquierda: contactos prematuros entre las piezas dentarias del sector posterior.

Se establece el diagnóstico de síndrome de colapso posterior de mordida debido a la inestabilidad oclusal que presenta, edentulismo parcial, migración dental, pérdida de tejido óseo y restauraciones defectuosas.

La primera etapa del tratamiento consistió en una fase preventiva, educando y motivando sobre hábitos de higiene oral, continuando con profilaxis y eliminación de cálculo. En la segunda etapa se le presentó tres planes de tratamiento, el primero, que requiere una fase ortodóntica para intruir las piezas dentales, el segundo con un método más agresivo y costoso que implicaría extracciones, remodelación ósea y colocación de implantes, a los que la paciente desistió expresando que desea un tratamiento de un menor tiempo posible y se prosiguió entonces con el plan de tratamiento tres basado, en rehabilitación oral mediante tallado y coronas:



Fig. 5. A) Fotografía intraoral del maxilar superior: cambio de las restauraciones de amalgama con filtraciones por resina compuesta e incrustación en el sector posterior. B) Fotografía intraoral del maxilar inferior: se conserva restauración con amalgama sin filtración, pieza dentaria restaurada con incrustación. En ambos maxilares se realizaron exodoncias en el sector posterior con fines protésicos.

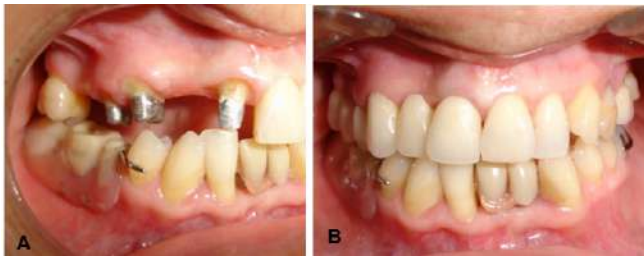


Fig. 6. A) Fotografía lateral derecha: tratamiento de conducto, (posterior registro de relación céntrica con cera y encerado diagnóstico), confección de perno muñón colado en las piezas dentarias del sector anteroposterior superior y tallado. B) Fotografía frontal en oclusión: colocación de provisionales de acrílico en el sector superior, se conservó la prótesis parcial removible inferior como prótesis de trabajo.

Posterior al año de uso de las prótesis provisionales, con controles semanales y logrando restablecer la dimensión vertical sin evidenciar problemas articulares, musculares y oclusales se tomaron las impresiones definitivas y finalmente obtenidas las prótesis se procedió a su instalación.



Fig. 7. A) Cementación de la prótesis definitiva de metal-cerámica en el maxilar superior e instalación de prótesis removible de cromo-cobalto en el maxilar inferior. B) Fotografía final.

La paciente continuó con controles periódicos a los quince días, al mes, luego al tercer mes, a los seis meses y al año. Clínicamente no se observó ninguna alteración dental, ni en la mucosa ni en tejidos de soporte. El pronóstico por lo tanto fue bueno.

3 DISCUSIÓN

Se observó que la ausencia de piezas dentarias en el sector posterior junto con otras modificaciones oclusales dieron como resultado el inicio una alteración en la dimensión vertical conocido como síndrome de colapso posterior de mordida.

Pinho T, Silca J y Alfaiate D, en su estudio describen que el tratamiento multidisciplinario para corregir el colapso posterior de mordida requiere específicamente de un procedimiento ortodóntico de intrusión dental debido al abanicamiento que este produce en el sector anterior,

que permite modificar la armonía y la estética.⁹ Pese a su importancia, la paciente en nuestro caso clínico no aceptó esta opción. En otro estudio realizado por Aguerrondo J y Bercianos M, su tratamiento consistió en la extracción de piezas dentarias, osteotomía para reacondicionar el descenso del plano oclusal y posteriormente la colocación de implantes, indicados en pacientes que necesitan una rehabilitación completa, siendo este un método agresivo y costoso.¹⁰

Huamani J y cols., reportaron un caso en el que emplearon los testigos de la dimensión vertical o provisionales siguiendo los criterios de Richard (el primero en el que los cóndilos deben estar en relación céntrica y el segundo en la que cada paciente debe adaptarse a su nueva relación neuromuscular).⁶ Nuestro tratamiento es coincidente con el de estos autores, es pertinente el tratarlo de una forma integral, en el que valoramos previamente la problemática oclusal que presentaba la paciente para así ofrecerle una solución a corto plazo.

En cuanto a los materiales de restauración empleados, Mendoza S y cols., mencionan que pueden ser desde coronas (en sus diferentes tipos como metal-porcelana, porcelana, zirconio entre otras) hasta el tratamiento con implantes osteointegrados, estos últimos han demostrado un 90 % de éxito en un período de 8 a 10 años, lo que demuestra su gran ventaja sobre las prótesis parciales fijas.¹¹ Sin embargo, en el presente caso se emplearon coronas metal-cerámicas siendo su desempeño bueno hasta la actualidad.

Al ser un tratamiento complejo, el profesional siempre indicará las opciones terapéuticas y explicará los pros y contras para llegar a una decisión junto con el paciente, aprovechando la nueva tecnología dental para conseguir resultados estables en el tiempo.

CONFLICTO DE INTERESES: Los autores no manifiestan ningún conflicto de interés.

AGRADECIMIENTOS: Los autores agradecen al Dr. Ebingen Villavicencio Caparó (Departamento de Investigación, Carrera de Odontología, Universidad Católica de Cuenca) por su ayuda en la revisión de este manuscrito.

REFERENCIAS

- 1 Baldión P, Betancourt D. Síndrome de colapso de mordida posterior. *Acta Odontol Colomb*, 2012; 2 (2): 193-209.
- 2 Munive C, Valdivia R. Colapso posterior de mordida, etiología, diagnóstico diferencial y tratamiento. Reporte de un caso. *Rev Cien Odontol*. 2013; 1: 36- 43.
- 3 Violant D, Santos A. Colapso posterior de mordida. *Rev Periodoncia y Osteointegración*. 2005; 15(4): 233-238.

- 4 Alvítez D. Dimensión vertical oclusal. Artículo de revisión. *Odontol Sanmarquina*. 2016; 19(1): 56-60.
- 5 Espinosa J, Irribarra R, González H. Métodos de evaluación de la dimensión vertical oclusal. *Clin. Periodoncia Implantol. Rehabil Oral*. 2018; 11(2): 116-120.
- 6 Huamani-Cantoral J, Huamani-Echaccaya J, Alvarado S. Rehabilitación oral en paciente con alteración de la dimensión vertical oclusal aplicando un enfoque multidisciplinario. *Rev Estomatol Herediana*. 2018; 28(1): 44-55.
- 7 Colombo R, Delgado V. Manejo clínico de la dimensión vertical. *Gaceta Dental*. 2006; 175: 94-102.
- 8 Nieto F. Desórdenes masticatorios: el colapso oclusal y su tratamiento. *An Real Acad Med Cir Vall* 2014; 52: 23-32.
- 9 Pinho T, Silva J, Alfaiate D. Orthodontic management of a patient with missing upper posterior teeth, severe curve of Spee and periodontal problems. *J. Stomat. Occ. Med*. 2012; 5:188-197.
- 10 Aguerrondo J, Bercianos M. Corrección del plano oclusal mediante implantes oseointegrados. *Rev Acta Odontol*. 2011; 8(2): 59-64.
- 11 Mendoza S, Ríos E, Treviño A, Olivares S. Rehabilitación protésica multidisciplinaria: Reporte de un caso clínico. *Odontol Mex*. 2012; 16(2): 112-122.

Recibido: 18 de Octubre del 2019

Aceptado: 20 de Noviembre del 2019

