El golpe traumático (frémito) en la Oclusión del día a día (Dr.Ernest Mallat)



El golpe traumático o frémito es muy frecuente hoy en día en nuestros pacientes. La causa es un contacto excesivo con el diente antagonista.



Cuando se produce en un diente no coronado, suele estar asociado a una obturación realizada recientemente o sin relación con una obturación (en este último caso, los dientes se desplazan a lo largo del tiempo, la oclusión es dinámica, y en ese desplazamiento pueden llegar a establecerse contactos patológicos).

El golpe traumático aparece generalmente durante los movimientos de lateralidad, aunque también puede ser en protrusiva o en máxima intercuspidación. Cuando no está asociado a una restauración reciente, este contacto suele empezarse a manifestar clínicamente debido a que la actividad parafuncional del paciente ha aumentado (este hecho suele estar relacionado con un aumento del stress por cuestiones laborales, personales, ?.). El golpe traumático se puede manifestar de dos maneras: hipersensibilidad en el diente (cuando el hueso no cede a la sobrecarga) y/o movilidad dentaria (cuando el hueso cede a la sobrecarga).

Se diagnostica mediante el test táctil del golpe traumático, para lo cual se pone la yema del dedo índice a nivel cervical del diente a valorar manteniendo una parte sobre la encía y otra sobre el diente. Se le pide al paciente que, en primer lugar y repetidamente, abra y cierre en máxima intercuspidación. Si notamos un golpeteo o frémito en el dedo indicará que hay golpe traumático y deberemos

retocar los contactos de máxima intercuspidación hasta que desparezca. En segundo lugar, le pediremos al paciente que realice movimientos excéntricos y valoraremos con el dedo si se detecta o no un golpe traumático. En caso afirmativo, retocaremos los contactos que aparezcan durante los movimientos excéntricos. Una de las claves de la oclusión es el golpe traumático y, la ausencia del mismo en máxima intercuspidación o durante los movimientos contactantes, garantizará el éxito de nuestro ajuste oclusal.



Las clínica del golpe traumático es la siguiente: sensibilidad al frío (pero no exagerada, no se trata de la sensibilidad de una pulpitis aguda), molestia al comer alimentos duros (p.e. al comer la corteza del pan, frutos secos, etc.) pero no suele molestar al ocluir, el paciente refiere más molestia que no dolor (para poder diferenciar entre molestia y dolor lo más fácil es preguntarle si le despierta por la noche; si no le despierta es molestia, si le despierta es dolor), la molestia tiene un curso errático (la molestia varía a lo largo del día y de un día a otro) y a veces puede acompañarse de movilidad dentaria (no siempre).

Ante esta descripción hay que hacer dos cosas, una radiografía para descartar alguna caries, y en segundo lugar, verificar la oclusión con papel de articular de 20 micras. En el caso de la imagen que se muestra, la paciente acude por molestia en el 46 con una clínica propia de golpe traumático. Después de que la paciente haga una lateralidad (interponiendo papel de 20 micras rojo) y ocluir en máxima intercuspidación (interponiendo un papel de color negro) podemos observar los contactos que presenta el 46. Hay un claro contacto en una vertiente interna que aparece al hacer un movimiento de lateralidad izquierda. El tratamiento consistirá en eliminarlo con una fresa de diamante de grano fino y pulir con copa de silicona.



Este paciente presentaba la clínica típica del golpe traumático en un segundo molar superior. En la imagen de la derecha se observan los contactos en lateralidad (en rojo) y en la imagen de la izquierda se observa después del ajuste oclusal (ya no hay contactos en lateralidad).

Es importante explicarle bien al paciente la causa de la molestia y decirle que tras el ajuste de la oclusión no notará ninguna mejora hasta al cabo de 2 ó 3 días, tras los cuales notará una mejora e incluso desaparecerá la molestia (es normal que tarde un par de días a desparecer la molestia ya que ese diente lleva tiempo con la sobrecarga y hay que darle un margen para que se recupere). Se le dice al paciente que vuelva al cabo de 3 ó 4 días para comprobar el resultado del ajuste oclusal. Si ha desaparecido la molestia, no será necesario ningún ajuste más; si ha mejorado pero aún nota algo, repetimos la maniobra. Habitualmente, con un par de sesiones suele ser suficiente.



Cuando se trata de coronas deficientes, la causa más frecuente de movilidad dentaria en dientes no periodontales es la oclusión traumática. Esta movilidad será de buen pronóstico si al sondar no hay pérdida de hueso o la pérdida de hueso no justifica dicha movilidad y, además, ésta pueda atribuirse a sobrecarga oclusal. Se ha determinado que mientras el diente conserve el 50% del soporte óseo será capaz de recuperarse, y la movilidad será reversible si cede la fuerza que la produce (Perlitsh 1980). El ligamento periodontal aún será capaz de inducir procesos de reparación y regeneración óseas, siempre y cuando no estemos ante una movilidad tipo III. Cuando el diente sólo conserve un tercio de la longitud radicular cubierta por hueso, sólo quedará un 20-25% del soporte óseo y cualquier movilidad será irreversible.

Si el paciente es portador de coronas deficientes que hay que cambiar, más que retocar las coronas que lleva es preferible tomar una impresión con silicona masilla o monofásica de las coronas o puente, retirar la prótesis de la boca del paciente, hacer unos provisionales inmediatos idénticos a las coronas que llevaba y retocar la oclusión a continuación. De esta manera, conseguiremos alcanzar más fácilmente el ajuste oclusal y, si en ese ajuste acabamos perforando alguna de las coronas deficientes, deberemos igualmente confeccionar una prótesis provisional. Por todo ello, es preferible fabricar la prótesis provisional de entrada.



En esta figura podemos observar una prótesis fija provisional de resina bisacrílica, fabricada a partir de una impresión previa de la

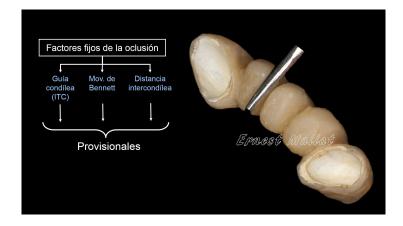
prótesis que hemos retirado. Una vez conseguido el ajuste oclusal, podemos comprobar cómo hay zonas donde hemos llegado a dentina. Este hecho nos da idea del tallado insuficiente de la cara palatina de los dientes anteriores y de la interferencia que generaba la cara palatina de las coronas deficientes en los movimientos de protrusión y lateralidad. Cuando procedamos a restaurar estos dientes, tendremos que tallar más profundamente para ganar espacio para que quepa el material de la prótesis provisional en las zonas de dentina expuesta así como el material definitivo.

Conseguir un buen ajuste oclusal el primer día que se retoca la oclusión de dientes con movilidad es prácticamente imposible ya que la propia movilidad de los dientes dificulta que el papel de articular nos marque bien los contactos (cuando el diente antagonista contacta con el diente con movilidad, éste se desplaza y se aleja del antagonista y el papel de articular no marca bien). Una buena manera de mejorar la detección de los contactos oclusales es apoyarnos en el diente en cuestión evitando que se aleje del antagonista.



Cuando se trata de un puente y no de una corona, la ferulización de todos los dientes debajo del puente limita mucho la detección del golpe traumático. Por ello, en estos casos de puentes nos ayudará más en la detección del golpe traumático la observación del cemento provisional dentro de las coronas (si se disuelve el cemento de hidróxido de calcio estando la prótesis provisional bien ajusta de márgenes sólo puede ser porque hay golpe traumático). Es preferible el hidróxido de calcio ya que tolera peor la sobrecarga (si se compara con los cementos de óxido de zinc).

La cara palatina de los incisivos y caninos debe ser armónica con los factores fijos de la oclusión y no interferir el desplazamiento mandibular durante los movimientos excéntricos. En caso de golpe traumático, se retocará el contacto excéntrico que aparezca en el diente en el cual se haya disuelto el cemento y se volverá a cementar con hidróxido de calcio. Esperaremos 15 días y reevaluaremos. Con dos o tres citas en que verifiquemos y retoquemos la oclusión suele ser suficiente para que un diente pierda la movilidad provocada por una oclusión traumática. Si tras estas citas la movilidad no revierte nos tendremos que replantear la viabilidad de ese diente en cuestión.



Es muy importante ajustar correctamente el puente provisional ya que lo que estamos haciendo en realidad es irlo individualizando, armonizándolo con los factores fijos de la oclusión (inclinación de la trayectoria condílea, movimiento de Bennett y distancia intercondílea) y recoger información de cómo deberá ser la guía anterior de la prótesis definitiva. De esta manera, en el momento en que no haya golpe traumático, que el provisional no se descemente ni se disuelva parcialmente el cemento provisional, sabremos que habremos incorporado en la cara palatina de la prótesis provisional toda la información relativa a los factores fijos de la oclusión y replicando la anatomía funcional de esa cara palatina en la prótesis definitiva tendremos el éxito garantizado de nuestro tratamiento. Así pues, una vez ajustado el provisional tomaremos una impresión de la prótesis provisional en boca, tomaremos el registro del arco facial con los provisionales en boca, montaremos el modelo de provisionales en el articulador y utilizaremos este modelo para individualizar la tabla incisal del articulador.



Este es un caso de una paciente bruxista que acude por movilidad en la prótesis del segundo cuadrante. Se trataba de coronas deficientes tanto en el primero como en el segundo cuadrante. El tratamiento inicial planteado era retirar las coronas deficientes, colocación de una prótesis provisional el mismo día y ajuste oclusal, sobre todo, del lado izquierdo. Ya con el provisional, se ajustó la oclusión en lateralidad y lateroprotrusiva en los pilares del segundo cuadrante y en la cita de revisión a los 15 días la movilidad había remitido completamente.



Visión oclusal de la arcada superior con la prótesis provisional cementada y ajustada de oclusión. En este momento, la guía lateroprotrusiva y en lateralidad es armónica con los factores fijos de la oclusión.



Modelo de provisionales montado en el articulador e individualización de la tabla incisal.



Tabla incisal individualizada (izq.). Restauraciones coladas de 22, 23, 24 y 25 (dcha.).



Visión oclusal de las restauraciones coladas (izq.). Visión oclusal de las restauraciones terminadas (dcha.).



Tras 9 años de función, el tratamiento sigue siendo satisfactorio, a pesar de la gran sobremordida y de la intensa parafunción de la paciente.



Las caras palatinas siguen ejerciendo su función y, en el 13 y el 23, se puede observar lo importante de la elección de un material ligeramente más blando que el esmalte. Se observa claramente el desgaste que han generado los antagonistas en la mitad mesial del 13 y del 23.



La guía canina sigue discluyendo correctamente en la lateralidad derecha y la lateralidad izquierda.