

ASOCIACION DE ODONTO-ESTOMATOLOGIA

Sesión del día 9 de marzo de 1964

PRACTICAS DE TERAPEUTICA PARODONTAL

J. BONIQUET ALFONSO, J. ECHEVERRÍA

CURETAJE. — Es una de las fases más importantes en el tratamiento de la enfermedad parodontal. Su práctica va encaminada a la reducción de la bolsa parodontal, y en el mejor de los casos a conseguir un normal surco gingival.

Bolsa parodontal. — Existen diferentes opiniones sobre las causas de su formación y es de interés su conocimiento (CLICKLAM. *Periodontología Clínica*, cap. 14, pág. 211). Pero siempre y en todos los casos una bolsa se forma por la migración hacia epical de la inserción epitelial.

Una vez establecida la bolsa, consta de dos paredes y un fondo (fondo de saco). La pared externa blanda, la constituye la encía (ORBAN. *Periodoncia*, pág. 16), cuyo epitelio ulcerado y degenerado deja al descubierto el tejido conjuntivo subyacente. Este tejido conjuntivo muestra abscesos microscópicos que dan como resultado el exudado purulento (CLICKMAN, cap. XLV). Si bien la presencia de pus no es signo de mayor gravedad.

La pared interna dura, la forma la raíz del diente cuya superficie irregular es debida a la presencia del sarro adherido y porciones de cemento necrosado.

El fondo de la bolsa lo constituye la *inserción epitelial* (GOLDMAN, *Periodoncia*, cap. IV, pág. 65).

Con relación a este fondo, la bolsa parodontal ha sido clasificada en supra e infraósea según esté por encima o por debajo del nivel de la cresta ósea, y es de importancia tenerlo presente por cuanto su tratamiento difiere notablemente (GOLDMAN. *Terapéutica periodontal*, pág. 327. JAMES W. CLARK. *Las técnicas quirúrgicas mucogingivales*, Revista Española de Parodontia, vol. 1.º, n.º 4). (*Odontología Clínica de Norteamérica*, vol. 10, pág. 80.)

Otras divisiones de la bolsa parodontal hacen referencia al número de paredes de que consta. Así pueden ser bolsas de una, dos, tres o cuatro paredes. Normalmente son de dos o tres paredes.

En estas prácticas sólo consideramos la bolsa supraósea (tipo gingival) tratada por curetaje o gingivectomía.



Inserción epitelial.—Embriológicamente considerado, en el momento en que el diente hace su aparición apuntando a través del epitelio de la mucosa bucal, se produce una íntima unión entre este epitelio y el del esmalte del diente (fig. 1). Unión que permanece más o menos inalterable durante toda la vida de éste, y que constituye el fundamento del surco

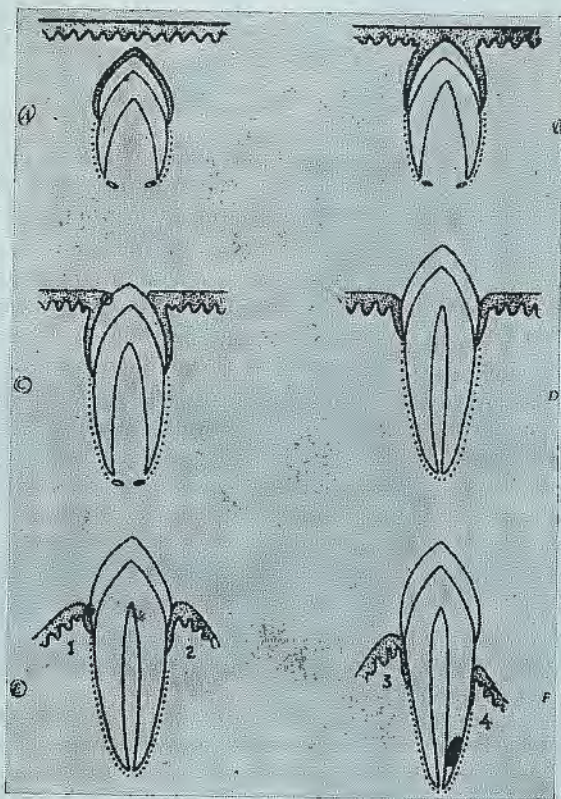


FIG. 1

gingival y su posible transformación en bolsa patológica merced a la interposición de factores diversos todavía no suficientemente claros.

Es esta unión de los dos epitelios lo que se llama *inserción epitelial*, y que va deslizándose a lo largo del diente hasta llegar a un punto de permanencia más o menos por debajo de la línea cemento adamantina. "Su longitud de inserción viene a ser de unas dos - cinco décimas de mm en

estado sano, reduciéndose a unos pocos micrones en la enfermedad parodontal." (CARRANZA).

Vemos que esta inserción epitelial, juega un papel importante y su migración hacia apical es el fundamento en la formación de la bolsa. "Es de interés comprender que el nivel de la adherencia de la base de la bolsa, es de mayor importancia diagnóstica que la profundidad de la misma. Esta es simplemente la distancia entre la base de la bolsa y el margen gingival que puede estar sujeto a variaciones, en cambio la posición de la inserción epitelial nos da la idea exacta de su profundidad. Y el único medio posible para evaluar las bolsas parodontales es la exploración con sonda.

Curetaje. — Si ya tenemos la bolsa constituida con sus paredes externa e interna, su fondo, y relleno de todo un magma de tejido de granulación que trata de organizarse para reparar la lesión existente sin lograrlo, restos celulares de la destrucción epitelial, residuos alimenticios, sarro adherido a la pared dura, fibras desmodontales dislaceradas, etc., y una inserción epitelial que lentamente va migrando hacia ápice, nuestra técnica en el curetaje debe ir encaminada a sanear esa bolsa limpiándola de elementos extraños, provocando un raspaje de la pared blanda hasta tejido limpio, un pulido de la pared cementaria eliminando sarro adherido, porciones necrosadas, procurando realizar este pulido suavemente, pues de

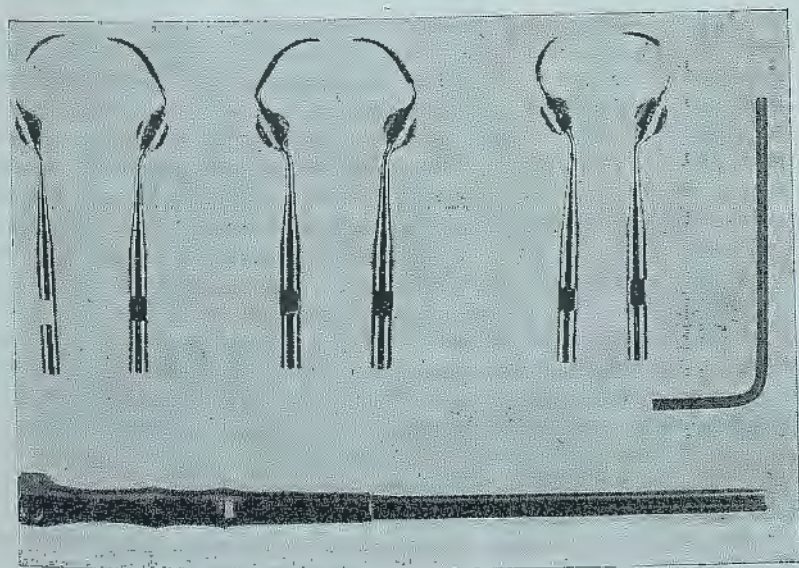


FIG. 2

otra forma nos exponemos a llevarnos con el filo de la cureta sana pared cementaria, si no tenemos en cuenta el momento en que eliminados los factores de irritación se percibe el deslizar de la cureta a lo largo de la raíz por suave chirrido característico. También el fondo de la bolsa debe ser objeto de nuestra atención preferente.

La problemática reinserción del tejido conjuntivo parodontal con la superficie cementaria, solamente se conseguiría en el caso de haber realizado un saneamiento correcto de toda la bolsa parodontal incluida la *desinserción epitelial*, pues "para que pueda producirse la nueva unión de fibras al diente es necesario que se ponga en contacto directo el conjuntivo con la superficie radicular, sin interposición de epitelio y se forme una nueva capa de cemento donde pueden insertarse las fibras (F. CARRANZA. La readherencia y la reinserción en parodontosis).

El curetaje se realiza con la ayuda de los instrumentos apropiados o "curetas", de las que existen diferentes tipos. Nosotros utilizamos las de Toff-Held (nombre de sus creadores).

El juego completo consta de seis puntas o curetas que se van montando a medida que se necesitan sobre unos mangos dispuestos convenientemente para recibir las curetas.

Estas seis puntas de cureta van numeradas del uno al seis, lo que permite elegir en cada momento la indicada. Las 1-2 se utilizan según sus autores para curetajes del grupo incisivo, las 2-3 preferentemente para premolares y las 5-6 para molares. No es indiferente utilizarlas sin criterio. Sólo responde a unos buenos resultados una utilización y técnica correcta, a cuyo fin vemos que las curetas están diseñadas para adaptarse lo más posible a la configuración del diente sobre el que tienen que actuar, a la situación de éste en la boca y a la finalidad que se persigue con su utilización, es por ello que en todo momento de la realización del curetaje debemos tener presente nuestros propósitos de trabajo con el fin de que los resultados sean óptimos. Esencialmente diremos, que con arreglo al diseño de la parte activa o de trabajo de la cureta se consigue:

1.º Con el filo interno el saneamiento de la pared dura, cementaria de la bolsa (sarro, cemento necrótico, alisado de la pared).

2.º Con el borde o filo externo el saneamiento de la pared blanda epitelial de la bolsa (tejido degenerado, tejido de granulación) creándose "una superficie sangrante conectiva" de gran interés, porque a partir de este momento la organización del coágulo crea nuevos elementos regenerativos.

3.º La eliminación de la adherencia epitelial se consigue con la punta de la cureta introducida hasta el fondo de la bolsa.

Debemos tener bien presente que el éxito del curetaje dependerá de haber conseguido la desinserción de este epitelio, pues si bien es probable que en casos favorables trozos epiteliales remanentes sean reabsorbidos

y no obstaculicen mayormente el proceso de reinserción, la permanencia de la adherencia epitelial o de restos aislados del epitelio de la bolsa imposibilitarían su unión al epitelio oral en proliferación, lo que produciría la recidiva de la bolsa o una adherencia epitelial de gran longitud que reduciría el largo de la inserción conectiva favoreciendo la recidiva (CARRANZA).

El curetaje debe ser realizado bajo anestesia local y previo detartraje de todo el sarro supragingival. Las curetas deberán estar siempre perfectamente afiladas con el fin de conseguir el máximo de efectividad con un mínimo de movimientos.

Tengamos en cuenta que el curetaje es una técnica parodontal de gran importancia, hasta el punto que puede afirmarse que no es posible soslayarla, pero tiene sus indicaciones precisas y también sus limitaciones. Con el curetaje no conseguiremos eliminar una bolsa infraósea, lo hemos dicho, su tratamiento es otro, pero también estará indicado el efectuar un curetaje previo a cualquier intervención tendente a eliminar la bolsa profunda porque con ello saneamos el campo a intervenir, favorecemos el postoperatorio y daremos comodidad a nuestra intervención.

En el momento de la práctica veremos en qué momento deducimos llegado el final del curetaje. Extenderlo hasta más allá también tiene sus inconvenientes.

GINGIVECTOMÍA. — La gingivectomía como el curetaje tiene como fin la eliminación de la bolsa parodontal. La elección entre una y otra no es tan precisa como algunos autores quieren señalar. RAMFJORD p. e. afirma que la gingivectomía está indicada para la eliminación de bolsas supraalveolares. GLICKMAN opina "que si después de un cuidadoso diagnóstico existe duda en la mente del operador sobre cuál es la técnica que debe seguir, la sola existencia de esta duda es una indicación para la gingivectomía.

En ambos casos nuestro parecer discrepa del de dichos autores. Como norma podemos establecer:

1.º Tanto el curetaje como la gingivectomía son técnicas quirúrgicas que pueden ser utilizadas indistintamente en cada caso mayormente cuando se requiere de forma específica la gingivectomía, pues ella deberá ir siempre precedida de un curetaje por las indudables ventajas que ello reporta en el acondicionamiento pre y postoperatorio del terreno.

2.º Por regla general no debe ser planteada la duda sobre la elección del método a elegir, como tampoco existe entre gingivectomía y operación a congado.

3.º La gingivectomía cuando deba practicarse, debe ir precedida de un estudio cuidadoso de la zona a gingivectomizar. La cirugía muco-gingival llega donde una gingivectomía puede fracasar.

Como indicaciones de la gingivectomía se señalan:

- 1.° Todas las bolsas supraóseas cuya eliminación por curetaje no se conseguiría totalmente.
- 2.° Cuando el festón gingival tenga una trayectoria irregular.
- 3.° En todos los agrandamientos gingivales (Hiperplasias).
- 4.° En todos los casos en que exista una marcada falta de relación entre el nivel de encía marginal despegada y nivel óseo subyacente.
- 5.° En los cráteres interdientales del tejido blando.
- 6.° Lesiones de bifurcación y trifurcación.

Instrumental. — Aunque puede realizarse con bisturíes normales de hoja fina y recta es aconsejable la utilización de instrumentos diseñados especialmente para el caso; su acostumbramiento nos facilita el llegar a zonas difícilmente accesibles al tipo de bisturí recto. Curetas, tijeras finas, pinzas, marcadoras de bolsas, parodontómetros, espejos, etc.

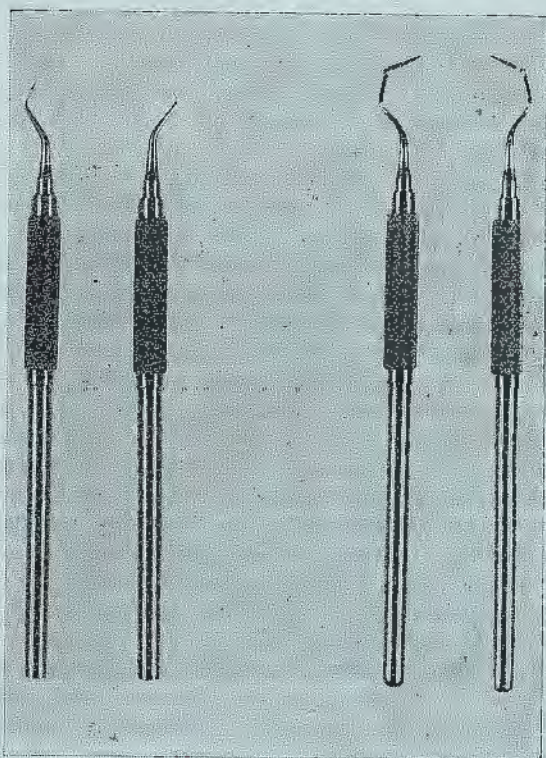


FIG. 3

Técnica de la gingivectomía (GOLDMAN-SCHLUGER-COHEN-CHAIKIN-FOX. *Periodoncia*, pág. 189).

De preferencia se utiliza la anestesia por infiltración, que produce isquemia localizada cuando se inyecta en la encía insertada. No se requiere más que anestesia de los tejidos blandos, pues las raíces de los dientes son más o menos insensibles a la hoja del bisturí.

Marcado de las bolsas. — La profundidad de las bolsas puede obtenerse de dos maneras: con las pinzas marcadoras o con el parodontómetro. Básicamente, las pinzas marcadoras son pinzas de curación con un extremo en forma de explorador y el otro en ángulo de 90° que se pone en contacto. El extremo recto se introduce en la bolsa, y las pinzas se cierran hasta que el extremo doblado perfora la encía en la base de la bolsa. Estas pinzas están hechas para izquierda y derecha. El parodontómetro se usa de la siguiente manera: Se introduce en la bolsa, se mide la profundidad en milímetros y se hace una perforación a este nivel. La medición se hace del lado bucal palatino o lingual, marcando todo el campo por operar.

Incisión primaria. — Es la incisión transversal inicial hecha con un bisturí de forma adecuada. Esta incisión debe hacerse inclinada en ángulo de unos 45° creándose así un bisel.

El primer problema que se presenta es hasta dónde deben cortarse los tejidos.

ORBAN, GOLDMAN, CARRANZA, y GERARDI aconsejan cortar hasta el fondo de la bolsa.

GLICKMAN, RAMFJORD aconsejan eliminar por completo la adherencia epitelial (CARRANZA. *Evaluación de técnicas de gingivectomía*).

Esta diferencia de opinión respecto al nivel en que debe realizarse el corte está supeditada por la idea de estos autores respecto al concepto que tienen sobre la reinserción. ORBAN y GOLDMAN creen que la reinserción es difícil, entonces prefieren cortar sólo hasta el fondo de la bolsa. GLICKMAN en cambio, elimina también la adherencia epitelial, pues considera que así aumentan las posibilidades de obtener reinserción.

La incisión puede ser continua o interrumpida. Para CARRANZA son preferibles las incisiones interrumpidas, pues aseguran un completo desprendimiento de las papilas interdentarias, disminuyendo la necesidad de incisiones adicionales interproximales.

La elección pues, del nivel de corte por encima o debajo de la inserción epitelial es decidida por cada uno. Si la gingivectomía ha de ser total es conveniente dividir la boca en cuadrantes operando sucesivamente en diferentes días los cuadrantes inferior derecho, superior derecho, inferior izquierdo y superior izquierdo. Entendido que esto se señala como norma o idea a seguir. Otros opinan preferible no llegar hasta la línea media dejando el grupo incisivo como unidad aparte.

(F. A. CARRANZA). Una vez eliminado prolijamente todo el tejido gingival excediendo, debe secarse bien y examinarse el campo operatorio preferentemente ayudándose con un aspirador de sangre manejado por un ayudante. Una de las ventajas de la gingivectomía es que permite el examen visual de la zona operada. Sería desechar esta ventaja el no mantener el campo limpio con un buen aspirador.

Debe extirparse completamente el tártaro sub-gingival que durante la intervención queda al descubierto, es imprescindible el pulido de la superficie redicular.

Gran parte del tejido de granulación es eliminado al sacar la pared lateral de la bolsa. Con respecto a la conducta con el resto de dicho tejido, las opiniones difieren.

Si el tejido de granulación es dejado intacto una vez eliminado el tártaro que actuando como irritante favorece su formación, evoluciona hacia la maduración. Si es eliminado, se formará durante el proceso de curación y a partir del coágulo, otro tejido de granulación semejante al anterior aunque con elementos más jóvenes y que evolucionará en la misma forma. Sin embargo, es conveniente sacarlo por las siguientes razones (GLICKMAN, Periodontología Clínica, cap. XVIII, pág. 609).

a) Su eliminación no significa un sacrificio importante, pues es prontamente reemplazado.

b) Facilita la remoción del tártaro, pues su eliminación disminuye considerablemente la hemorragia.

c) Puede haber tártaro dentro del tejido de granulación, que al no ser eliminado dificultará la curación.

d) La maduración del tejido de granulación recién formado requiere menos tiempo que la del que existe en la pared de la bolsa, pues las alteraciones inflamatorias y degenerativas son menores.

CARRANZA y GERARDI también prefieren eliminar el tejido de granulación.

Otros, como ORBAN, ARCHER, BERNIER, KAPLAN, y RAMFJORD, prefieren no tocar el tejido de granulación, pues temen que con él se eliminen fibras supraalveolares valiosas para la regeneración tisular postoperatoria. Nosotros opinamos que debe ser eliminado.

Realizada la eliminación de elementos que pueden perturbar la buena marcha del postoperatorio, se debe esperar a que cese completamente la hemorragia para proceder a cubrir la herida con cemento quirúrgico introducido por WARD en 1923.

GLICKMAN enumera las siguientes funciones del cemento quirúrgico:

- a) Evita la hemorragia postoperatoria.
- b) Disminuye las posibilidades de infección postoperatoria.
- c) Elimina los efectos dolorosos del trauma y la irritación química de la comida, y de los productos de descomposición.

d) Fija los dientes.

e) Facilita la curación al eliminar los factores deletéreos del trauma masticatorio y la irritación de los restos de alimentos y productos bacterianos.

f) Facilita la curación al eliminar los espacios muertos.

Los cementos quirúrgicos consisten básicamente en un polvo óxido de zinc y un líquido Eugenol con algunas modificaciones.



FIG. 4

El tiempo que el cemento debe permanecer en la boca es otro punto de controversia que puede depender de varios factores, tales como el caso que se tenga entre manos y el tipo de cemento usado. BERNIER y KAPLAN después de estudiar histológicamente la cicatrización gingival

debajo del cemento quirúrgico aconsejan que éste sea dejado en la boca diez días.

GLICKMAN y CARRANZA lo retiran a la semana.

ORBAN prefiere retirarlo a los dos días y topicar la herida con nitrato de plata, ácido tricloracético o cloruro de zinc, preferentemente el primero para eliminar el exceso de tejido de granulación que se haya formado; al mismo tiempo hace aplicaciones de peróxido de hidrógeno neutralizándolo con bicarbonato de sodio al 5%. Según este autor, el tejido de granulación se transforma así "en tejido mesenquimático muy activo con todas las propiedades necesarias para la regeneración".

Una vez cicatrizada la herida, el margen gingival deberá presentar las características normales que facilitan el deslizamiento del alimento en el momento de la masticación. Hemos dicho que el corte deberá ser realizado sobre una inclinación de unos 45° para evitarnos la formación de una meseta o plataforma gingival que aparte su efecto estético agravaría las condiciones locales y gingivales. Sin embargo, en el caso de que sea necesario, podremos realizar la toilette de esta encía valiéndonos de tijeras muy finas; puede usarse el cauterio con cuidado, como para los espacios interdentarios o bien realizarse una papilectomía para darle a la encía la "fuga" necesaria (la papilectomía se realiza con bisturí recto de hoja fina provocando dos cortes en forma de V, profundos, sin miedo y que al cicatrizar va a dejarnos una zona de escape interdentario).

Es asimismo útil, valerse de puntas montadas de grano grueso o con piedra de diamante y agua (no la turbina) y adelgazar el perfil gingival. Algunas veces puede haber una adaptación espontánea de este contorno gingival, pero es preferible no dejarlo.

La gingivoplastia, pues, es un auxiliar lógico de la gingivectomía y de la que podemos servirnos para dar al margen gingival un contorno correcto.

Es importante conocer las técnicas de cepillado para poder recomendar una buena fisioterapia oral (ORBAN, Periodoncia, p. 201).

TARTRECTOMÍA. — Los depósitos tártricos pueden ser supra-gingivales y sub-gingivales; su composición, adherencia, color, forma, consistencia y estructura son distintas.

Datos que nos interesan solamente para las prácticas de las tartrectomías:

Supra-gingival (Gérico). — Blando, disgregable, poco adherido, protege al diente de la sensibilidad a los cambios térmicos, se deposita con preferencia en las zonas vestibulares de los molares superiores y en las caras linguales de los incisivos inferiores, se comporta como un irritante del ribete gingival.

Sub-gingival (mucoso). — Muy duro, compacto extraordinariamente

adherido, se deposita indistintamente en todas las piezas dentarias, con preferencia en los espacios interproximales, se tiñe de color oscuro marrón verdoso, ulcera la mucosa gingival, contribuye a la formación de la bolsa parodontal.

Detartraje. — El detartraje comprende la localización o tacto, arrancamiento con impulsión, tracción o desmenuzamiento, y finalmente pulido de las superficies.

Instrumental. — Utilizamos tres tipos de instrumentos:

Cinceles.

Azadones.

Escariadores.

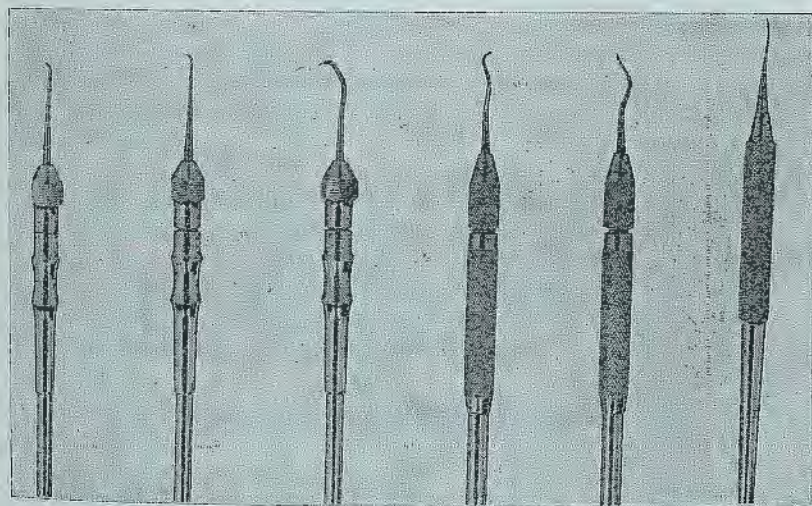


FIG. 5

Cinceles. — Utilizamos dos tipos de fabricación:

Casera de profiláctico b"1 de BLACK, que se construyen con puntas Morse rotas de los números 00, 0, 1, 2,

Y otro angulado con el bisel de distinta orientación que se construyen con las puntas rotas de los números 4 y 5 de Morse.

Azadones. — No los describimos por haber abandonado su uso debido a su dificultad del empleo y afilado.

Escariadores. — Son los más comúnmente usados y su manejo cuidadoso produce inmejorables resultados.

Utilizamos puntas Morse fabricadas en Suiza por la misma casa que hace las curetas Toff-Held.

Afilado de instrumentos. — Es uno de los capítulos más importantes, pues sin un buen filo es imposible una técnica depurada.

Para ello utilizamos piezas montadas de corindón blanco, lubricadas con manteca de cacao.

Técnica a seguir para un buen detartraje. — Para ello dividiremos la boca en los siguientes sectores:

Grupo incisivo superior.

Grupo incisivo inferior.

En dichos grupos por motivos prácticos incluiremos los caninos.

Grupo molar superior.

Grupo molar inferior.

Detalles técnicos comunes a todos los grupos. — No puede emprenderse un detartraje si el paciente, al menos, no lleva tres o cuatro días practicando un cepillado enérgico.

Previo lavado con atomizador, aplicación de una torunda empapada de Lugol o glicerina yodada.

Nuevamente lavado con Spray.

Visualización del ribete gingival y perfecta iluminación.

Si se puede en muchos casos, ayudar con un chorro de aire que seca el campo y separa el borde gingival.

Localización con la sonda exploradora, es muy útil la transiluminación.

Extirpación del tártaro.

Pulido con brochas y conos de goma y una pasta de glicerina y piedra pómez.

Bruñido de cuellos con tira de gasa.

Instrumentación. — Grupo incisivo superior:

Cara vestibular: número 2 Morse.

Caras proximales: cincel prof. número 1.

Cara lingual: número 1 Morse.

Grupo incisivo inferior:

La técnica a seguir es la misma que en el grupo anterior, pero con puntas Morse más pequeñas. La única variación es que el ángulo lingual lo terminamos con la número 3 Morse.

Grupo molar superior:

Cara vestibular: número 2 Morse.

Caras proximales: cincel profiláctico variedad angulada y puntas 4 y 5 Morse.

Cara vestibular: número 2 Morse.

Grupo molar inferior:

Cara vestibular: número 4 y 5 Morse.

Caras proximales: cincel prof. variedad angulada 4 y 5 Morse.

Caras linguales; número 4 y 5 Morse.

Todos los movimientos tanto de empuje como de tracción se hacen con el apoyo del pulpejo del dedo.

TALLADO. — Para el estudio de la articulación traumática remitimos a dos libros en francés: "Biomecánica de la parodontolosis" escrito por THIELEMAN y sin el cual es imposible comprender la oclusodoncia y "Les parodontolyses" de HELD, pág. 100 a 138.

Intencionadamente eliminamos la palabra selectivo, pues ello implica una técnica complicada que sólo se comprende del estudio minucioso del Thieleman.

Por medio del tallado vamos a intentar resolver los siguientes problemas:

a) Eliminación de una interferencia por elongación de una pieza que sobrepasa el plano oclusal.

Ejemplo: Grupo incisivo, último molar.

b) Tallado de cúspides que interfieren la oclusión en céntrica (desviación de la oclusión).

c) Tallado de cúspides que interfieren los movimientos de BENNET.

d) Remodelado de piezas.

e) Tallado selectivo para cerrar un espacio interproximal.

En todos los casos el tallado debe ser con tendencia a la creación de un plano oclusal ideal. Para ello nos valemos de unos planos de plomo en los cuales nos dan la curvatura aproximada.

El estudio en articulador anatómico facilita extraordinariamente la labor.

Para el tallado nos auxiliamos de papel de articular en dos colores y de cera milimetrada.

Para el estudio recomendamos:

GLICKMAN, pág. 727-751.

GOLDMAN, pág. 483-523.

Para el tallado nos valemos de puntas diamantadas, sin anestesia, a altas revoluciones.

Deben siempre pulirse las superficies talladas.

Tallado selectivo en rehabilitación oral. — Para poder establecer unas normas en tallado selectivo (rehabilitación oral) debemos de antemano poder fijar unas reglas generales de tallado y poder valorar la importancia de las desviaciones de la normal, en calidad y cantidad acompañado todo dentro de unos límites de posibilidad.

Para hacernos una idea de ello, es imprescindible, dentro de las normas fundamentales que rigen el acoplamiento del aparato estomatogná-

tico, seguir su evolución desde un principio, erupción del primer diente hasta el establecimiento de la norma fija.

Los mecanismos por medio de los cuales se rige el acoplamiento funcional de dicho aparato, son el reflejo propioceptivo y el acondicionamiento neuro-muscular.

No podemos hablar de la primera parte de la dentición, o dentición infantil por carecer de datos y observación propia, sin embargo no por ello no le damos su importancia y posiblemente múltiples fallos de acoplamiento del A. S. S. no explicables o mal explicados, deben tener aquí su origen.

Intentamos, aunque sea de una manera sucinta, seguir por observación lo que sucede en la dentadura de cambio, y cómo se formará la horma que regirá el sistema el resto de la vida.

Condición previa para que ello se realice normalmente es el desgaste de la primera dentición, pues la mandíbula debe verse libre de impedimentos para buscar su correlación.

La primera pieza que hace erupción es el primer molar, pieza clave que va a regir todo el sistema.

La altura de sus cúspides, su inclinación y su situación junto con la inclinación de la trayectoria condilar van a regir el sistema.

Para que pueda producirse el acoplamiento, la naturaleza da un margen de posibilidades de adaptación para la posición de la pieza y de la trayectoria condilia fácilmente modificable a esta edad.

Lo primero que se va a arreglar con la posición antero-posterior de la mandíbula y su trayectoria antero-posterior por medio de un nuevo elemento que hace aparición en el sistema es el grupo incisivo.

Quede bien claro que primero va a haber una adaptación entre trayectoria incisal, entrecruzamiento incisal, altura cúspide de primer molar y planos de deslizamiento del mismo y trayectoria condilia. En esta primera fase no intervienen para nada los movimientos de lateralidad.

Éstos van formándose por deslizamiento en plano incisivo y por las vertientes de los premolares que van haciendo erupción llegándose al fin a la adaptación de estos movimientos que son gobernados por los premolares que al fin fijan la céntrica.

Durante este periodo aún existe un gran potencial de adaptación de la A.T.M.

En este punto se han coordinado y ordenado los movimientos, la posición de las piezas dentarias y la trayectoria de la A. T. M., si bien con pequeños desacuerdos debidos a la anatomía fija de la forma dental.

En este momento los caninos fijan de una manera definitiva la totalidad de los movimientos, siendo el puntal que va a regir el sistema (guía).

Una vez establecido el sistema van integrándose en él el resto de las piezas de la arcada.

La naturaleza sabiamente ha dado una fortaleza y dificultad de desplazamiento enorme al canino.

Si ello en principio se desarrolla así, podemos establecer unas ciertas reglas: el plano canino, con la trayectoria condílea definen los movimientos de BENNET.

La situación mandibular en céntrica vendrá dada por la posición de los premolares, los antero-posteriores vendrán regidos por la trayectoria incisiva y la trayectoria condílea.

El resto de las piezas debe establecer los máximos contactos sin entorpecer o desviar dichas posiciones o trayectorias.

En todo momento se debe pensar que al modificar la trayectoria canina (BENNET) o incisiva (antero-posterior), tenemos que contar con que el cambio desequilibrará el sistema.

Llegados a este punto podemos tener un punto de vista exacto de lo que se puede y no se puede hacer, y de cómo lo debemos hacer.

Parece que al rehabilitador oral le espera el punto más difícil de toda la Odontología con respecto a oclusodencia. Yo creo que no, si se mueve dentro de unas normas fijas que sólo tiene que hallarlas y aplicarlas; no ocurre lo mismo con el ortopedista, que tiene en su mano el modificarlas para bien o para mal.

Plantaremos ahora el tallado selectivo desde el punto de vista del rehabilitador oral.

Dos puntos consideramos importantes para el rehabilitador oral en cuanto a tallado se refiere.

CIERRE EN CÉNTRICA. MOVIMIENTOS DE BENNET. — *Cierre en céntrica:* Cuando el final de la excursión de cierre con equilibrio muscular (deglución) no coincide con la relación de cúspides inferior, fosa superior en la región premolar hay una desviación de la mandíbula a una posición de acomodo forzada.

Cuando una excursión mandibular es interferida y desequilibrado su sistema muscular hay una reacción cuyo fin es vencer el obstáculo, con lo que aumentan las fuerzas tangenciales que actuarán de varias formas, o desviando la pieza (migraciones rotaciones), o estableciendo un nuevo equilibrio muscular (raro), o por un movimiento automático de desgaste eliminando el impedimento. Cuando el organismo no ha podido resolver por sí solo dicho problema es cuando el rehabilitador oral, mediante el tallado de las vertientes de los premolares superiores, deberá llevar la mandíbula a su céntrica con equilibrio muscular.

Los movimientos de Bennet son los realizados en el último tramo de la trayectoria masticatoria y vienen determinados por los planos de deslizamiento de los caninos y la trayectoria de la A.T.M.

La naturaleza cuenta para esta última fase de la articulación mas-

ticatoria con una guía para los reflejos propioceptivos que van a regir la contracción de los músculos masticatorios.

Es tan importante esta guía que cuando por cualquier circunstancia se pierde el canino, se tiende a sustituir por el primer molar o por el lateral adaptándose todo el sistema y la posición de las piezas a esta nueva trayectoria.

Ello nos lleva a múltiples consideraciones de gran importancia para el tallado de rehabilitación oral.

Primero: Antes de plantear un tratamiento de rehabilitación oral debemos contar con estos planos de deslizamiento, y caso de faltar alguno de ellos o los dos, deben ante todo establecerse las guías caninas que tienen que adaptarse en boca y mediante la función.

Segundo: Si tenemos estas guías caninas debemos respetarlas en todo momento, siendo un crimen el tallado de caninos.

Tercero: Si durante los movimientos de Bennet en un punto pierden contacto los planos caninos, deberán eliminarse mediante tallado de la interferencia.

Cuarto: Debemos en todo caso lograr el mayor número de contacto de las piezas dentales sin la pérdida de este plano de deslizamiento.

Quinto: El tallado del grupo incisivo el 90 % de los casos debe hacerse en las interferencias de estos movimientos y sólo en un 10 % en los movimientos antero-posteriores.

Sexto: Es de gran importancia la longitud del lateral que debe tallarse para dar libre paso a las piezas inferiores en los deslizamientos mandibulares de Bennet, que aun sin tener contacto permanente con los inferiores no se elonga si se puede deslizar libremente la mandíbula.

Si tenemos en cuenta estos puntos de vista sobre tallado de rehabilitación oral tendremos una norma que se aproxima bastante a la realidad conforme al modo de establecerse.

Referatas para su estudio:

S. C. MILLER, tomo I, págs. 91 a 95.

GLICKMAN, págs. 275 a 284.

ORBAN, págs. 63 a 80.

GOLDMAN, págs. 41 a 45.

BIBLIOGRAFÍA

- ARNOULD A. ARIAUDO, H. A. TXERRELL: *Odontología Clínica de Norteamérica*, vol. 10, pág. 80.
- CARRANZA, F.: Evaluación de técnicas de gingivectomía.
- CARRANZA, F.: El problema de la readherencia y de la re inserción en parodontosis.
- GOLDMAN: *Periodoncia*, cap. LV, pág. 65.
- GOLDMAN: *Periodoncia*, pág. 189.
- GOLDMAN: *Periodoncia*, pág. 201.
- GOLDMAN: *Periodoncia*, pág. 304.
- GOLDMAN: *Terapéutica Periodontal*, pág. 337.
- GLICKMAN: *Periodontología Clínica*, caps. XI, XIII, XIV, XLIII, XLIV.
- GLICKMAN: *Periodontología Clínica*, pág. 625.
- MILLER: *Tratado de periodoncia*, cap. VIII, pág. 248.
- PÉR ALLAN PERSSON: El proceso de curación en el parodonto maginal después de la gingivectomía, teniendo presente especialmente la regeneración del epitelio, *Revista Española de Parodencia*, vol. 1, n.º 3.
- JAMES W. CLARK: Las técnicas quirúrgicas mucogingivales; su valor. *R. Española de Parodencia*, vol. 1, n.º 4.