

EL TRAUMA OCLUSAL Y LAS ALTERACIONES PULPARES

Dr. Leonidas Barletta y

Dr. Jorge R. García

No es frecuente que los diferentes autores atribuyan relevancia al factor traumático oclusal como causa de distintas alteraciones de la pulpa dental.

Rubach y Mitchel (1965) mencionan que el contacto oclusal incorrecto con cierta intensidad y frecuencia, puede determinar además de lesiones peridontales alteraciones pulpares y que la excesiva movilidad puede provocar estenosis y/o desgarramiento de los vasos pulpares con pulpitis y necrosis pulpar.

Ramfjord (1966) dice que existe la posibilidad de que el bruxismo ocasione lesiones pulpares y en los casos graves la necrosis pulpar. Dawson (1977) hace las mismas consideraciones, agregando que la corrección de la oclusión puede solucionar en algunos casos el 100 % de la sensibilidad dentaria.

Landay et al (1970) y Cooper et al (1971), en trabajos experimentales de laboratorio similares, quisieron demostrar la influencia de las fuerzas oclusales excesivas, produciendo microtraumas sobre la pulpa dental; en las observaciones microscópicas solamente en los especímenes que habían soportado el trauma oclusal más de 7 meses, se observaba aparición de células inflamatorias como respuesta defensiva al agente flogístico, no observándose reacciones pulpares cuando las fuerzas eran leves o de corta duración.

Seltzer (1979) afirma que los vasos sanguíneos y los nervios del ligamento periodontal también irrigan e inervan la pulpa, de ahí que ante una oclusión traumática continua, la pulpa comenzará a afectarse y provocar odontalgias.

Lasala (1979) expresa que el esfuerzo oclusal exagerado, en etapas progresivas produce dentina reparativa, dentinificaciones o calcificaciones masivas y frecuentemente la claudicación de la pulpa.

Grossman (1981), indica que el trauma repetido aunque leve, como resultado de desarmonías oclusales, provoca por lo común daños en el aparato de inserción con escasa repercusión sobre la pulpa.

Basrani et al (1989) sostienen que las fuerzas oclusales excesivas pueden causar cambios en la pulpa y que la misma como respuesta defensiva formará dentina cuyo espesor dependerá de la intensidad del trauma, tiempo y capacidad pulpar para la defensa.

Barletta L. et al (1981) encontraron que la influencia del bruxismo sobre la vitalidad de la pulpa, la atrición y movilidad dentaria, no es estadísticamente significativa.

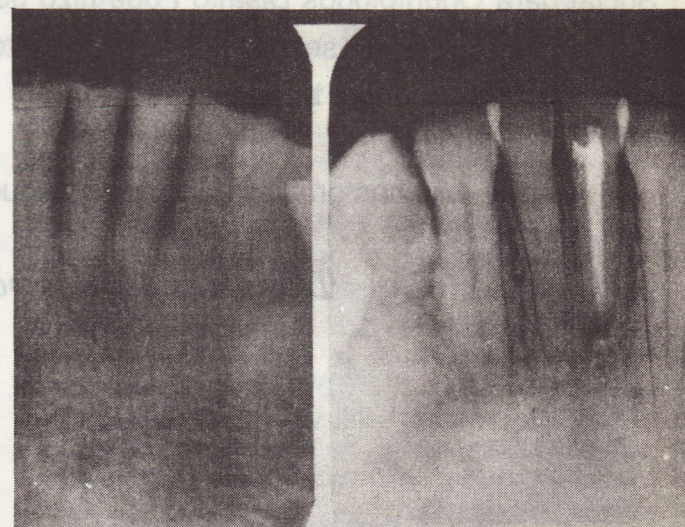
Algunos casos clínicos publicados (Ingle, 1960) y Natkin (1963), describen lesiones producidas sobre los tejidos

dentarios y periodontales, traducidos por necrosis pulpar, esfumación de la cortical alveolar y/o ensanchamiento de la misma, con osteoporosis del esponjoso que rodea la superficie radicular. En otro caso (Barletta L. et al, 1976), muestran la aparición de una fístula cutánea por el proceso purulento en la zona periapical, casos todos ellos atribuidos al trauma oclusal como factor etiológico.

En nuestra experiencia clínica, privada y asistencial, hemos observado una estrecha relación entre el trauma oclusal y la pulpa dentaria, traducida en comportamientos variados de esta última. Los contactos oclusales funcionales o parafuncionales, provocan en favorables condiciones fisiológicas, depósitos dentinarios que modifican el tamaño y la forma de la cámara pulpar y los conductos radiculares, creando en el caso de tener que ser intervenidos inconvenientes técnicos de abordaje y tratamiento.

Es posible determinar la relación trauma-pulpa dental, al observar los trastornos que se producen en la función dentaria, incidiendo en la tarea constructiva y protectora de la pulpa y el periodonto, y en ocasiones "transformándola en regresiva o destructiva" (Maisto, 1975).

Así hemos detectado nódulos pulpares, agujas cálcicas, calcificaciones parciales y totales del conducto (figura N°1), reabsorciones dentinarias (figura N° 2), cementosis y reabsorciones radiculares (figura N° 3) y necrosis pulpares con infección agregada (figuras N° 4 y 5), que atribuimos a secuelas de esta anormal relación.



A (Calc. parciales)

B (Calc. Total)

FIGURA 1



FIGURA 2 (Reabsorción dentinaria)

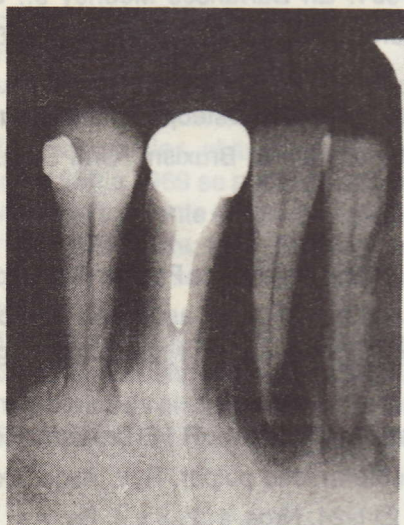


FIGURA 3 (Cementosis y reabs. cemento dent. externa)

La hipótesis de que las fuerzas oclusales desarrolladas en el bruxismo lesionan la pulpa puede debilitarse dado que en algunos casos, la existencia de bolsas periodontales profundas y conductos accesorios, tanto laterales como en el piso de la cámara pulpar, posibilitan la infección de la pulpa. Por lo tanto disminuyen su poder defensivo creando un terreno predispuesto para los procesos regresivos ante la acción de las fuerzas oclusales.

Esa predisposición del terreno a sufrir procesos patológicos que acabamos de mencionar, es importante no sólo para el tejido pulpar vivo, sino también en los post. operatorios de los tratamientos endodónticos, pues puede observarse en algunos casos, complicaciones apicales en las que las fuerzas oclusales excesivas podrían desencadenar el desequilibrio negativo en el tejido óseo,

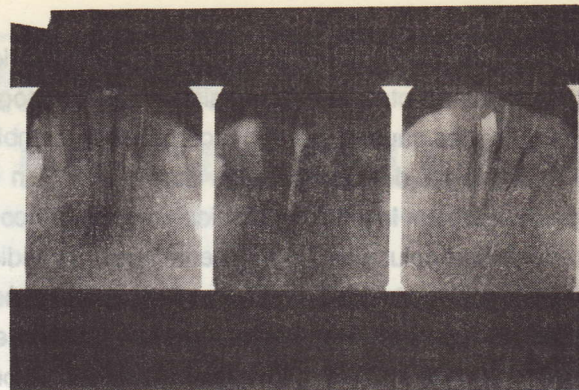


FIGURA 4
Mortificación pulpar sin caries con complicación periapical. Tratamiento endodóntico y ajuste oclusal.
A - Preoperatorio B - Post. Operat. inmediato C - Control a distancia

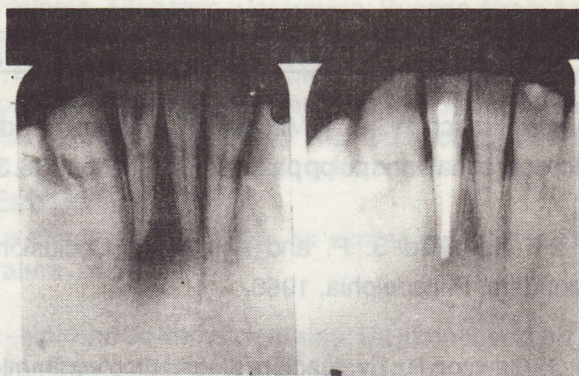


FIGURA 5
Modificación pulpar sin caries con complicación periapical. Tratamiento endodóntico y ajuste oclusal.
A - Preoperatorio. Se observa la apertura de la cámara para establecer el drenaje.-
B - Control post. operatorio a los 12 meses de realizado el tratamiento.-

dando imágenes radiográficas compatibles con granulomas, abscesos periapicales, trauma periodontal, etc.

Una adecuada función masticatoria favorece la reparación post. operatoria endodóntica, de manera que el ajuste oclusal estaría considerado como profilaxis en el tratamiento de los procesos apicales agudos; la ausencia de trabajo oclusal prolongado podría hacer variar el proceso reparativo.

Si como resultado y consecuencia de las fuerzas traumáticas que recaen sobre el diente, se produce el daño de la pulpa, el tratamiento endodóntico será el que corresponde al grado de compromiso de la misma, corroborado por un diagnóstico clínico-radiográfico lo más exacto posible.

Habr  también que evitar paralelamente la aparición de alteraciones en otras áreas del sistema estomatognático, eliminando las causas que provocaron estos cambios.

La etiología del bruxismo es dual: un  rigen central representado por la tensión psíquica y otro periférico por las interferencias oclusales. Lógicamente nuestra condición de odontólogos nos habilita para tratar éstos últimos mediante el ajuste oclusal con los métodos a nuestro alcance, es decir con el desgaste selectivo, la operatoria dental, la prótesis, ortodoncia y cirugía.

El objetivo inmediato será lograr el equilibrio de la oclusión con la eliminación de las interferencias, lo que se consigue para aliviar los síntomas, especialmente el dolor y el espasmo muscular, en forma acelerada con una placa

oclusal con determinadas características. Una vez conseguida la normalización del tono muscular, el desgaste selectivo será el procedimiento de elección en dentaduras naturales que no necesitan reemplazo de piezas.

Como síntesis de lo expuesto, pareciera ser que el trauma oclusal actúa sobre la pulpa dental; lo que habría que esclarecer sería el mecanismo de acción, pues podría actuar como factor debilitante para que otros agentes etiológicos provoquen procesos regresivos irreversibles en el órgano pulpar: como factor desencadenante de alteraciones pulpares sobre un terreno predispuesto por otras causas o como único factor etiológico de la enfermedad pulpar.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS:

1 - Rubach W. C. y Mitchell D.: Periodontal disease, accessory canals and pulppathosis. J. Periodont. 36. 34:1965

2 - Ramfjord S. P. and Ash M.M.: Occlusi n. W.B. Saunders. Philadelphia, 1966.

3 - Dawson P.: Evaluación, diagnóstico y tratamiento de problemas oclusales. Ed. Mundi. 1977.

4 - Landay M. A., Nazimov H. and Seltzer S.: the effects of excessive occlusal forces on the pulp. J. Periodont.

5 - Cooper M. B., Landay M. A. and Seltzer S. : The effects of excessive occlusal forces on the pulp II. Heavier and longer term forces. J. Periodont. 42:353 - 1971.

6 - Seltzer S.: Consideraciones biológicas en los procedimientos endodónticos. Ed. Mundi. 1979.

7 - Lasala Angel: Endodoncia. Ed. Salvat. 3ra. Edición. 1979. página 26.

8 - Grossman L. I.: Práctica Endodóntica. Ed. Mundi. Buenos Aires. 1981. Pág. 5000.

9 - Barletta L. y García J. R.: El bruxismo y su relación con la vitalidad pulpar. Revista Paulista de Endodontia. Vol. 2 N  4 85-90. San Pablo. Brasil. 1981.

10 - Basrani E. y Pruskin de Boces E.: Iatrogenia dentino-pulpar. 637—651. En Barrancos Mooney J.: Operatoria Dental. Restauraciones. Ed. Panamericana. 1989.

11 - Ingle J. I.: Alveolar osteoporosis and pulpar death asociated with compulsive Bruxism. Oral Surg. 13:1371-1381. 1960.

12 - Natkin E. and Ingle J. I.: a Further Report on alveolar osteoporosis and pulpal death asociated with compulsive bruxism. J. As. Soc. Periodont. 1: 260—263. 1963.

13 — Barletta L. y García J. R.: El bruxismo como factor etiológico de enfermedad pulpar. Rev. Asoc. Odontol. Argent. Vol 64:: 211-24. Nros. 1, 2, 3 y 4. Bs. As. 1976.

14 - Maisto O.: Endodoncia. Ed. Mundi. 3ra. Edición. Pág. 307.

15 - Barletta L., García J. R. y Plot C.: Estudio del tamaño de la cámara pulpar y la atrición dentaria.

Rev. Asoc. Odontol. Argent. Vol. 64: 16-18. N  1, 2, 3 y 4 Buenos Aires. 1976.

Dirección de los Autores

61 N  407

(1900) La Plata