

FUNCION ARTICULAR EN PACIENTES PORTADORES DE MALFORMACIONES QUE DETERMINAN INCOMPETENCIA LABIAL

JUAN E. CORTES (*) ROBERTO PANTOJA (*)
JUAN ARGANDOÑA (**) CARMEN GLORIA NEIRA (***)

INTRODUCCION

La articulación témporo mandibular (A.T.M.) es una estructura de origen sutural desmal, compleja, que está vinculada con todos los movimientos músculo esqueléticos que involucran al sistema estomagnático⁶.

Su correcto equilibrio estará dado por un crecimiento y desarrollo estructural y arquitectural óptimo de todas las entidades con las cuales está relacionada, elementos cervicales, craneales, faciales y dentarios^{10, 12}. Una funcionalidad libre de interferencias de cualquier tipo es una condición básica para la expresión adecuada de esta armonía^{12, 16}.

Cualquier alteración que se produzca en uno o más de estos elementos repercutirá en el buen equilibrio de dicho sistema, lo que se puede traducir en dolor, disfunción o ambos¹².

Dentro de este contexto diagnosticamos el síndrome Algio Disfuncional de la Articulación Témporomandibular (S.A.D.A.M.) en cuya etiología observamos habitualmente una disfunción muscular. Esta disfunción está relacionada a una parafunción asociada a una maloclusión y asociada generalmente a una disfunción efectiva^{1, 14}, que finalmente se expresa como una fibrocondropatía de intensidad y sintomatología variable en grado y duración.

En el presente trabajo pretendemos relacionar los Síndromes Algio Disfuncionales de la Articulación Témporomandibular y determinadas alteraciones arquitecturales y estructurales craneofaciales.

La incompetencia labial la definimos como la incapacidad del esfínter bucal para mantener los labios en contacto en situación de reposo fisiológico, determinado por una anomalía esquelética¹⁹.

En este contexto, nos interesa conocer el rol que desempeña la posición sagital del mentón óseo (Me), y la ubicación del plano oclusal en este síndrome.

El origen de las maloclusiones podemos situarlo ya sea en una dismorfosis esquelética, de causa genética o disfuncional o bien, causada por un problema dentoalveolar oclusal, referidos a problemas congénitos, disfuncionales o iatrogénicos.

El diagnóstico de esta enfermedad está fundado básicamente en concepciones de la fisiología de la oclusión dentaria, de la articulación témporomandibular, de sus sistema motor, del análisis arquitectural y estructural craneofacial y de una adecuada evaluación psicológica y/o psiquiátrica del paciente.

MATERIAL Y METODO

Se realizó un estudio clínico y radiográfico en 20 estudiantes de Odontología, 10 hombres y 10 mujeres, portadores de incompetencia labial, tal como la hemos descrito en la introducción, ubicadas entre la segunda y la tercera década de vida.

Una vez establecido el diagnóstico clínico funcional, de la incompetencia labial, se solicitó un estudio radiográfico de cráneo, cara y columna cervical consistente en teleradiografía de perfil, en posición de máxima intercuspidad, según especifica protocolo de Delaire¹² y ortopantomografía.

En esta radiografía se practicó el análisis arquitectural y estructural craneofacial, "Análisis de DELAIRE"¹² (Figura 1).

Dependiendo de la objetivización o no de fenómenos asimétricos faciales, se solicitó estudio telerradiográfico de frente¹³ y axial (técnica de HIRTZ)¹³.

(*) Profesor asistente. Cirugía y Traumatología. Facultad de Odontología. Universidad de Chile.
Cirujano Maxilofacial ADECIM (Asociación de Estudios de Cirugía Maxilofacial)
(**) Cirujano Maxilofacial ADECIM
(***) Cirujano dentista.

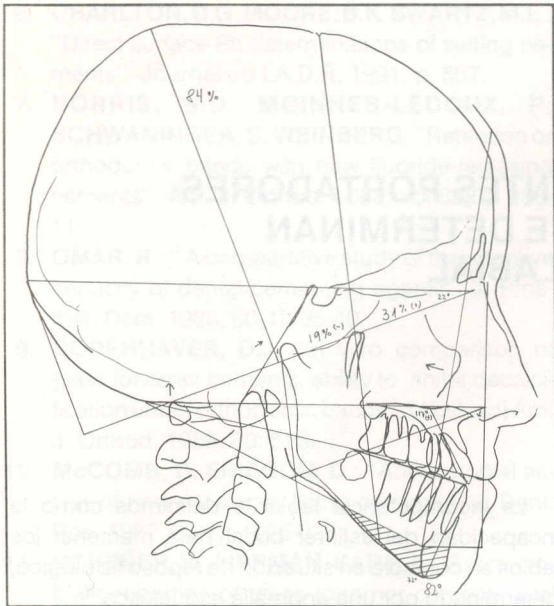


Fig. 1

Para la determinación de posiciones sagitales maxilares, utilizamos las líneas CF1, CF2 y CF3 del referido análisis (Figura 1).

Para la determinación de posiciones verticales maxilares, utilizamos las líneas CF5 y CF8 del mismo análisis.

Los estudios radiográficos fueron obtenidos en el departamento de Radiología de la Facultad de Odontología de la Universidad de Chile por 4 operadores, previamente informados a objeto de estandarizar las tomas radiográficas¹³.

Los trazados cefalométricos fueron realizados por 2 operadores, para todas las placas radiográficas.

Las interpretaciones de los resultados cefalométricos fueron realizados por los dos operadores.

Los datos clínicos anotados en una ficha "ad-hoc" a este trabajo y fueron cruzados con los hallazgos radiográficos.

Procesamiento y análisis de la información:

Los datos que se obtuvieron fueron procesados mediante un sistema computacional (H.P.G.), * en el Centro de Computación e Informática (C.E.C.I.), de la Universidad de Chile.

A fin de establecer una relación entre S.A.D.A.M. y las dismorfosis cráneo-faciales que determinan incompetencia labial, se tomaron en el plano sagital del mentón óseo y en el plano vertical del plano oclusal y punto Me.

El estudio y diagnóstico mio-articular fue realizado siguiendo el marco conceptual de COULY^{3, 4, 5} y utilizando el protocolo propuesto por GORDEEFF¹⁶.

Estos datos fueron cruzados para su análisis estadístico, obteniéndose los siguientes resultados:

RESULTADOS

Diagnóstico Articular:

1. Luxación irreductible meniscal = 1 paciente
2. Luxación reductible meniscal = 11 pacientes
3. Espasmos musculares múltiples = 4 pacientes cráneo-faciales
4. Libre de patología = 4 pacientes

Posición sagital del mentón óseo:

1. Retroposición = 18 pacientes
2. Anteposición = 0 pacientes
3. Normoposición = 2 pacientes

Posición vertical del plano oclusal:

1. Ascendido = 14 pacientes
2. Descendido = 3 pacientes
3. Rotado = 2 pacientes
4. Normal = 1 paciente

Posición sagital vertical del punto Me.:

1. Ascendido = 6 pacientes
2. Descendido = 13 pacientes
3. Normal = 1 paciente

TABLA Nº 1

POSICION MENTON OSEO V/S DIAGNOSTICO ARTICULAR

Diag. articular	Posición mentón óseo			
	retroposición	anteposición	normoposición	
Luxación irreductible	1	-	-	1
Luxación reductible	10	-	1	11
Espasmo muscular	4	-	-	4
Libre de patología	3	-	1	4
Total	18	-	2	20

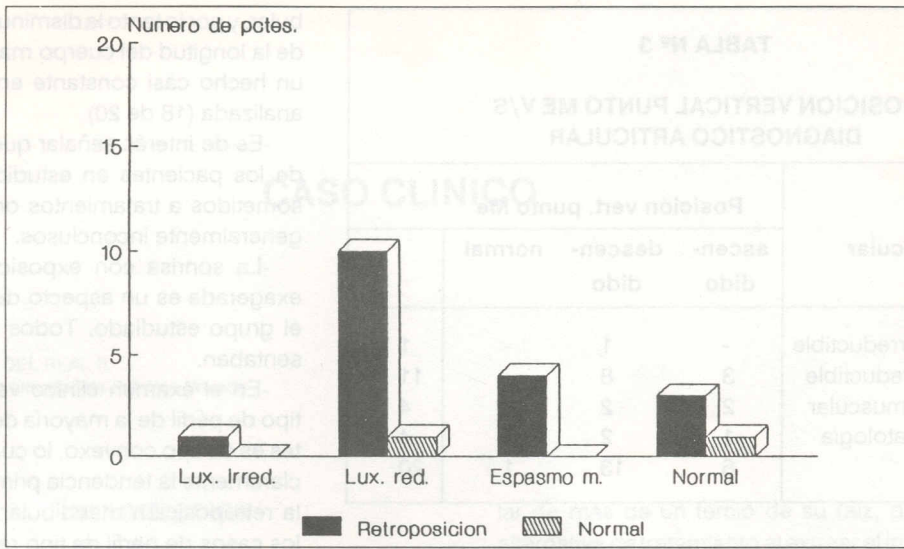


Gráfico 1

TABLA Nº 2

POSICION PLANO OCLUSAL V/S DIAGNOSTICO ARTICULAR

Diag. articular	Posición plano oclusal				
	ascend.	descend.	rotado	normal	
Luxación irreductible	1	-	-	-	1
Luxación reductible	7	1	2	1	11
Espasmo muscular	4	-	-	-	4
Libre de patología	2	2	-	-	4
Total	14	3	2	1	20

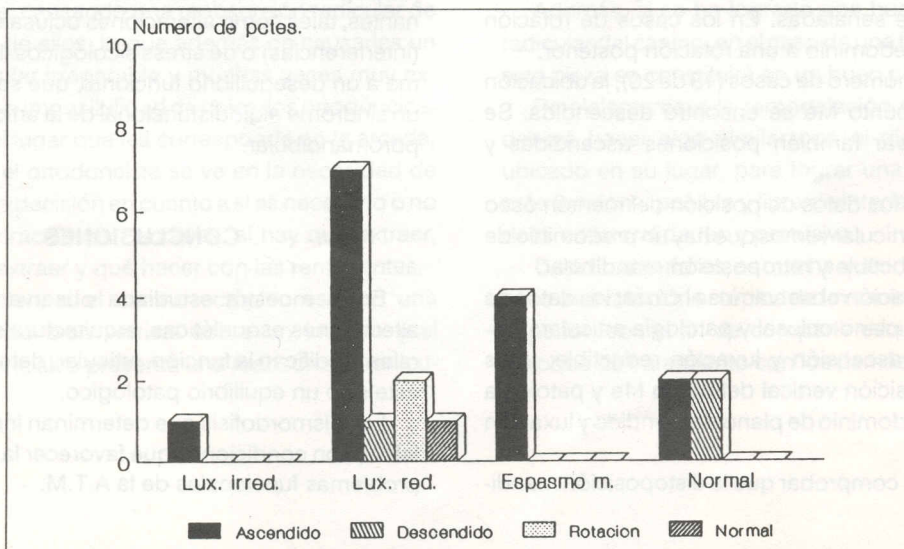


Gráfico 2

TABLA Nº 3
POSICION VERTICAL PUNTO ME V/S
DIAGNOSTICO ARTICULAR

Diag. articular	Posición vert. punto Me			
	ascen- dido	descen- dido	normal	
Luxación irreductible	-	1	-	1
Luxación reductible	3	8	-	11
Espasmo muscular	2	2	-	4
Libre de patología	1	2	1	4
Total	6	13	1	20

DISCUSION

De los resultados obtenidos a través del presente estudio podemos observar que:

-La patología articular que se da con mayor frecuencia asociada a S.A.D.A.M. es la luxación reductible meniscal, presente en 11 pacientes en la dinámica mandibular en todos los casos. Esta sintomatología se evidencia mejor al realizar el examen funcionar.

-Al analizar la posición sagital mandibular, encontramos que la mayoría de los pacientes presenta una retroposición. Ningún paciente presentó anteposición mandibular.

-La ubicación vertical del plano oclusal se presentó en la mayoría de los casos alterados, ya sea ascendido, descendido o con rotación. Catorce de diecinueve casos correspondió a la primera de las posibilidades señaladas. En los casos de rotación existió un predominio a una rotación posterior.

-En gran número de casos (13 de 20), la ubicación vertical del punto Me se encontró descendida. Se pudo observar también posiciones ascendidas y normales.

-Al cruzar los datos de posición del mentón óseo y patología articular vemos que hay un predominio de luxación reductible y retroposición mandibular.

-Igual situación observamos al cruzar los datos de posición del plano oclusal y patología articular: Predominio de ascensión y luxación reductible; y los datos de posición vertical del punto Me y patología articular: Predominio de plano descendido y luxación reductible.

-Pudimos comprobar que la distoposición mandibular,

y por lo tanto la disminución relativa de la longitud del cuerpo mandibular fue un hecho casi constante en la muestra analizada (18 de 20).

-Es de interés señalar que gran parte de los pacientes en estudio estuvieron sometidos a tratamientos ortodóncicos, generalmente inconclusos.

-La sonrisa con exposición gingival exagerada es un aspecto destacable en el grupo estudiado. Todos ellos la presentaban.

-En el examen clínico vemos que el tipo de perfil de la mayoría de los pacientes es de tipo convexo, lo cual nos indica claramente la tendencia primordial hacia la retroposición mandibular. Pocos son los casos de perfil de tipo recto.

Dentro de los hallazgos radiográficos estudiados destaca el ascenso del plano oclusal.

Esta característica frecuentemente descrita (14 de 20 casos), asociada a un acortamiento relativo mandibular, resultante de un retrognatismo, que como hemos observado es uno de los factores esqueléticos involucrado en el origen de la incompetencia labial, deja a la mandíbula sujeta a esfuerzos funcionales desproporcionados, solicitados por una masa muscular inalterada en tamaño y capacidad funcional, a veces hipertrófica por hábitos parafuncionales, tales como bruxismo. Esta situación puede llevar al sistema a un desequilibrio estructural que ascendiendo el plano oclusal, y a través de él, la base maxilar superior, sobreexija las estructuras articulares y se convierta así la anomalía estructural en un factor predisponente, que asociado a factores desencadenantes, tales como alteraciones oclusales - dentarias (interferencias) o de stress psicológicos lleven al sistema a un desequilibrio funcional, que se traduzca en un síndrome algiodisfuncional de la articulación temporomandibular.

CONCLUSIONES

En la muestra estudiada observamos que las alteraciones esqueléticas, arquitecturales y estructurales modifican la función articular, determinando en este sitio un equilibrio patológico.

Las dismordofisis que determinan incompetencia labial, son condiciones que favorecer la aparición de problemas funcionales de la A.T.M.