

Rehabilitación Neuro-Oclusal, su relación con la Odontopediatría

García del Carrizo San Millán, R.

Resumen

En este artículo expongo los conceptos y la técnica de los tratamientos realmente funcionales, que empleamos en los niños a partir de los 3 años con solo su dentición decidua o caduca y observamos que no tenemos recidivas, si terminamos los casos con las bocas perfectamente equilibradas bajo los principios de la R.N.O.

Palabras Clave: Rehabilitación Neuro-Oclusal; R.N.O.; Profilaxis; Tratamiento Precoz; Oclusion Cruzada; Progenie; Endognatía; Tratamiento Funcional; Pistas directas; Pistas indirectas; Tallados selectivos; T.S.; A.T.M.

Introducción

Nosotros definimos a la R.N.O. como "una rama de la medicina estomatológica que estudia la etiología y génesis de los trastornos funcionales y morfológicos del sistema estomatognático. Tiene por objetivo investigar las causas que lo producen, eliminarlas tanto como sea factible y rehabilitar o revertir estas lesiones lo más precozmente posible y, si es viable, desde el nacimiento. Las terapéuticas no deberán perjudicar en absoluto los tejidos remanentes del sistema".

Esta definición engloba lo que debería ser la evolución de la Estomatología hacia el futuro. El avance real de una disciplina médica se logra no sólo cuando se mejoran técnicamente las terapéuticas aplicadas a las formas más graves de la enfermedad, sino, sobre todo, cuando se conoce la etiología real de la enfermedad y se puede aplicar una verdadera profilaxis de la misma.

La medicina moderna está orientada en el camino de la Prevención y la Profilaxis de las causas etiológicas productoras de las enfermedades y si esto es imposible, en su tratamiento lo más precoz posible.

Nuestros dos grandes enemigos son las caries y la paradontosis.

"El trabajar con niños es un servicio de verdadera dedicación, pues la prevención es el fin último o de toda ciencia médica".

S.B. Finn

Quiero rendir homenaje al **DR. D. PEDRO PLANAS** (recientemente fallecido), con este pequeño trabajo, que es fruto de las enseñanzas que de él aprendí, creador de la doctrina y filosofía de la R.N.O.

Una boca tratada precozmente de sus malposiciones dentarias, habiendo conseguido un perfecto equilibrio oclusal desde la primera dentición, llegará a adulto con una estética perfecta y sin problemas paradontales.

El objetivo de la R.N.O. será ofrecer al paciente un buen equilibrio oclusal, a través de una buena función que nos permitirá un buen desarrollo en el niño con el fin de evitar los problemas de la A.T.M. y paradontales en el adulto.

Patogenia de las maloclusiones

Es sabido que tenemos un desarrollo genético (hasta ahora no hemos podido influir en él), que unido a los estímulos paratípicos, al final nos dará el fenotipo. Pues bien para nosotros la amamantación a pecho y la respiración nasal son FUNDAMENTALES para el desarrollo normal del aparato estomatognático. Vamos a dar un pequeño bosquejo; los bebés que maman durante el primer año, lógicamente corrigen su distocclusión fisiológica. Si no ha sido así, sino con biberón, quedará con su disto y podrá ser o no ser respirador bucal. Si así fuese, tendremos rápidamente que anular este reflejo nocivo e intentar recuperar la respiración nasal fisiológica. Los niños alimentados a pecho, se fatigan, hay cansan-

cio muscular, por el esfuerzo que tiene que hacer para ordeñar el pecho materno, a lo que sigue el sueño al terminar de amamantarse, el peque queda dormido en el pecho.

Si se alimenta a biberón, sólo aprende a tragar, no se fatiga y esto es causa bastante frecuente de que lo supla chupándose el dedo. Creo que no es necesario insistir en las anomalías que este vicio produce y lo difícil que es erradicarlo algunas veces.

Resumiendo la única y verdadera terapéutica profiláctica durante el primer año es la alimentación a pecho y procurar mantener una respiración fisiológica nasal.

Igual que las mamás llevan a sus hijos al puericultor sin que nadie dude de la conveniencia de hacerlo, debería ser controlado por un "Dentista" con el objeto de vigilar el desarrollo de su sistema estomatognático, diagnosticar los problemas de falta de desarrollo y actuar lo más rápidamente contra ese retraso, el momento oportuno será siempre alrededor de los tres años para nosotros, haciendo tallados selectivos.

La excitación nerviosa que lleva al desarrollo del aparato estomatognático se realiza a través de los A.T.M. y del parodonto de los dientes.

Para que ésta tenga lugar, es necesario que se produzca en la masticación un frote de todos los dientes inferiores contra los superiores durante los movimiento mandibulares de lateralidad a derecha e izquierda y tanto en el lado de trabajo como en el de balanceo, menos el canino de este lado.

El equilibrio del plano oclusal es para Planas, el objetivo esencial del tratamiento y la condición ineludible, que nos aportara la estabilidad del tratamiento ortodóncico y la profilaxis de los problemas paradontales. Existen unos factores que regulan este equilibrio que son las leyes de Hanau.

El desarrollo del aparato estomatognático depende de la función y el Prof. Planas es el primero que ha definido las leyes que lo rigen. Y antes de estudiarlas nos ha hecho descubrir otras leyes fundamentales que rigen el funcionamiento de la boca, éstas son las de la mínima dimensión vertical y la de los Angulos Funcionales Masticatorios Planas.

Ley Planas de la mínima dimensión vertical y los A.F.M.P. (Angulos Funcionales Masticatorios de Planas)

La relación céntrica está condicionada por el equilibrio entre los músculos elevadores y depresores de la mandíbula, junto con la fuerza de la gravedad, etc.: es el tono postural basado en el reflejo miotático.

Cuando cerramos la boca hay un primer contacto. Tenemos siempre una disminución de la dimensión vertical del tercio

inferior de la cara, y esta posición será la oclusión céntrica que puede coincidir con el punto de máxima intercuspidadación, en cuyo caso, la oclusión céntrica será la oclusión funcional.

Con frecuencia la oclusión céntrica coincide con la funcional; nos encontramos ante una boca con una oclusión normal, que puede coincidir o no con el concepto ortodóncico de oclusión normal o neutroclusión. Esta situación la podemos encontrar en una distocclusión, en una mesiocclusión o en una oclusión cruzada.

La oclusión funcional es aquella en la que el máximo de contactos intercuspídeos entre las dos arcadas, y cualquier movimiento en lateralidad o protusión se producirá siempre a expensas de aumentar la dimensión vertical del tercio inferior de la cara (aunque la mayor parte de las veces este aumento sea mínimo).

Cuando la oclusión céntrica no se corresponde con la máxima intercuspidadación, existe un contacto prematuro. La mandíbula, a partir de este contacto, se desviará para buscar esta intercuspidadación máxima, es decir, irá a buscar una dimensión vertical mínima, y será la oclusión funcional.

En esta última situación existe siempre un cóndilo, o los dos, que están fuera de su lugar en la cavidad, y ello es el origen de numerosas lesiones agudas o crónicas de las A.T.M.

Partiendo de la posición de oclusión funcional se realizan los movimientos funcionales de lateralidad, aumentando siempre la dimensión vertical del tercio inferior de la cara; aunque, repetimos, este aumento sea muy pequeño para cada uno de los lados.

Si en los movimientos funcionales de lateralidad, el aumento de la dimensión vertical es el mismo hacia ambos lados, podremos estar seguros que el individuo mastica por los dos lados indistinta y alternativamente. Pero más frecuentemente nos encontramos con que el aumento de esta dimensión vertical es diferente entre los dos lados; en este caso podemos afirmar, sin riesgo de equivocarnos, que este individuo mastica únicamente de un lado. El lado por el que masticará habitualmente será el que aumente menos, es decir el lado en el que la dimensión vertical sea mínima.

"Esta ley de la mínima dimensión vertical se cumple en el hombre de la misma forma que se cumple en nuestro planeta la ley de la gravedad". P. Planas.

El trayecto que realiza el punto interincisivo inferior con respecto a una horizontal describe dos ángulos, derecho e izquierdo: Los Angulos Funcionales Masticatorios de Planas.

Los A.F.M.P. son estudiados sistemáticamente en el estudio funcional de todos los pacientes, para determinar el lado habitual de masticación; este dato es básico para determinar la terapéutica a seguir y lograr equilibrar esta oclusión.

En efecto, la terapéutica tendrá como objetivo final igualar los A.F.M.P., ya que aplicando la ley de la mínima dimensión vertical, el paciente pasará espontáneamente a una masticación alternante, como única forma de conseguir un equilibrio oclusal y un desarrollo armonioso.

Entre las técnicas terapéuticas más empleadas por la R.N.O. en esta primera dentición tenemos las siguientes:

- 1).- Los tallados selectivos.
- 2).- Las Pistas directas de composites.
- 3).- Las placas "Planas" con sus pistas.

"Sinceramente, pensamos que cuando la Odontopediatría se generalice en nuestra Patria, habremos dado un paso de gigante en este sentido. En la Argentina, por ejemplo, un elevado porcentaje se dedica con predilección a esta rama. ¿Alcanzaremos nosotros esa meta?. Espero que algún día no muy lejano así sea, en beneficio de la salud dental, y por tanto general, de nuestros pequeños que, más tarde serán mayores.

Ahora bien, para conseguir esto, se necesita una Cátedra en la escuela dedicada intensa y exclusivamente a esta subespecialidad. También son necesarios cursos teórico-prácticos, más bien esto último, para Postgraduados dirigidos por personalidades competentes y con capacidad de enseñanza, y sin fines comerciales, para los que tienen auténtica vocación (término este un poco espinoso y difícil de equilibrar), o los que una vez enrolados en nuestra especialidad, por las causas que sean, tienen al menos sentido de su responsabilidad, puedan formarse como corresponde.

Porque, si el profesional no está él convencido, ¿cómo va a convencer a los padres o a los hijos de la necesidad de una revisión cada seis meses, de que hay que obturar los dientes de leche, quitar los vicios, conservar el espacio cuando no ha habido otro remedio que la extracción, hacer tallados selectivos, etc., etc.?

¿Para qué vamos a empastarle las muelas, si se le tienen que caer?. ¿Si es que el torno duele mucho, pobrecito niño!. Frases de este tipo oímos a diario de los padres.

A mi consulta no van niños. No me compensa tratarlos. Esperar a que tengan 12 años para empezar el tratamiento. Esta vez son los profesionales". Estos últimos párrafos los escribía yo en el año 63 en un artículo publicado en la Revista Española de Estomatología y titulado "Odontopediatría. ¿Necesidad urgente?.

Desgraciadamente más de la mitad de los que expongo, lo firmo hoy en día. Porque desgraciadamente está más de "moda" (no hay mas que ver cursos, conferencias, revistas) los implantes (hasta nuestra sociedad tuvo como tema principal el año pasado "Implantes y Odontopediatría") que la Prevención y Profilaxis de las caries y la parodontosis que son la causa de la "muerte" de

nuestros enfermos (desdentados).

Presentamos unos casos tratados con R.N.O. con la particularidad que todos los hemos comenzado en dentición decidua o a lo sumo cuando empezaba a cambiar sus incisivos inferiores. Porque para nosotros la palabra "esperar" no existe y en cuanto diagnosticamos nos ponemos "manos a la obra".

Pues un "talladito" a estas edades nos puede evitar un tratamiento mucho más largo y costoso.

Tenemos muchas diapositivas de cada caso pero por razones obvias, hemos reducido al mínimo.

Observarán que no hay ninguna teleradiografía, no las creemos necesarias para nuestro diagnóstico.

Casos

1°).- J.R.C., 5 años. Endognatia (falta de desarrollo y desviación de la mandíbula hacia lado izquierdo, foto 1A céntrica, 1B movimiento lateral derecho, 1C idem izquierdo, parte superior, lo mismo después del tallado selectivo, parte inferior podemos observar que la línea media está centrada y que los A.F.M.P. son prácticamente iguales, con lo cual pasará a comer por ambos lados, cosa que antes no hacía pues comía por el lado izquierdo, mínima dimensión vertical, este paciente que hemos tardado media hora en el "talladito" le hemos evitado un tratamiento tardío pues su desviación hubiese seguido aumentando y con el tiempo tendría serios problemas de su A.T.M. izquierda. Cuando en el año 61 realizamos este caso el Dr. Planas, todavía no había descrito sus leyes de desarrollo.

2°).- M.S.L., 4 años. Progenie (III Clase) (Foto 2A). No esperamos. Dos placas Planas con resorte de Eschler (Foto 2B) y en pocos días solucionado (Foto 2C).

3°).- M.R.G., 7 años. Gran endognatia neutro bilateral. Foto 3A realizada en Octubre del 74. Tratamiento con placas Planas de expansión hasta el 82 luego vigilancia cada 6 meses, en Diciembre del 86 está así Fotos 3B y 3C obsérvese la mandíbula cuadrada, para la R.N.O. fundamental, mantiene el equilibrio.

En Diciembre del 93 (Fotos D, F y E), observamos el perfecto equilibrio, tanto en céntrica como en movimientos laterales derecha e izquierda tanto en trabajo como en balanceo.

4°).- J.R.G., 5 años (Foto 4A). Endognatia, articulación cruzada lado derecho, y ligera sobremordida. Tratamiento Marzo del 73. Pista directa lado derecho, tallado selectivo, Placas Planas de expansión durante dos años.

En Octubre del 94 4B céntrica y 4C movimiento lateral derecho con su trabajo y balanceo.

Las bocas equilibradas bajo los conceptos de la R.N.O. no necesitan ninguna retención "artificial" para evitar la recidiva.

5°).- M.G.A., 4 años (Foto 5A). Gran Endognatia, sobremordida y distoclusión. ¿Vamos a esperar?. Para nosotros es palabra prohibida, en cuanto diagnosticamos, empezamos el tratamiento. Placas Planas (Foto 5B), como se puede observar se sujetan solas, esta foto está realizada a los 15 minutos de colocarlas. Los ganchos de Adams, bola, etc. no nos sirven. Como curiosidad diré que en la ficha apunté "parece un comino". La placa superior medía longitudinalmente 28 mm. y transversalmente 24. La inferior, longitud 23 y transversal 19 mm. 5C.

Sigue en tratamiento y va francamente bien.

6°).- J.M.P., 5 años. Gran endognatia disto y sobremordida (Foto 6A). Empezamos tratamiento en Octubre del 79 Placas Planas, cuatro años. Foto 6B Julio del 88. En Julio del 91 fotos 6D, 6E y 6C. Boca perfectamente equilibrada.

7°).- A.R.P., 7 años. Abril del 83 fotos 7A y B. Endognatica cruzada lado izquierdo, tendencia progénica. Tratamiento Placas Planas.

Fotos 7C céntrica en Enero del 85, 7D idem en Enero del 88, Noviembre del 92, 7G, E y F. Boca equilibrada, tanto en trabajo como en balanceo.

Una boca estética, pero estática no nos sirve. (Recidiva). Vuelvo a repetir que nuestra misión fundamental es la función y

la prevención del trauma oclusal, o sea hacemos profilaxis de la parodontosis y de las lesiones de la A.T.M., lo cual no nos impide para que dejemos las bocas estéticas sanas y con todas sus piezas.

García del Carrizo San Millán, R.: Socio Fundador de la S.E.O.P., Vice-Presidente del C.I.R.N.O. y Presidente de la Asociación Española Pedro Planas.

Bibliografía

- 1.- PLANAS MASSON, P.: Rehabilitación Neuro-Oclusal R.N.O. Salvat 2ª Ed. 1994.
- 2.- LENGA, A.: E os dentes de seu filho?. Liv. Freitas Bastos S.A. 1965 Sao Paulo.
- 3.- BARBER, T.K.; LUKE, L.S.: Odontología Pediátrica. Ed. M.M. 1985 México.
- 4.- SIMOES, W.A.: Ortopedia Funcional de los maxilares. Vista a través de la R.N.O. Ed. Isaro. Venezuela. Edición en Español 1988.
- 5.- RESTREPO, O.J.: El Tallado selectivo como parte integral del tratamiento ortodóncico. Res. Hisp. Ame. de Odontología. Vol III nº 13. 1969.
- 6.- SALVADOR PLANAS, C.: Les Pistes directes en composite: traitement fonctionnel des oclusions croisees. Rev. O.D.F. Vol. 25 nº 4.
- 7.- GARCÍA DEL CARRIZO, R.: ¿Retención en Ortodoncia?. Rev. Profesion Dental Mayo 94.

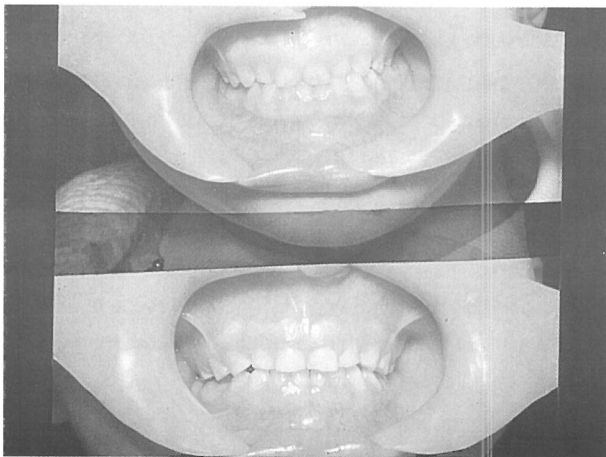


Fig. 1A. J.R.C., 5 años, gran desviación de la línea media. Oclusión céntrica, abajo después del sellado selectivo, línea media totalmente cerrada.

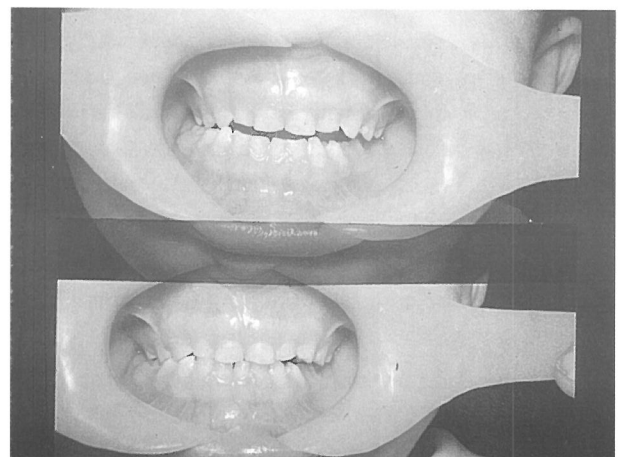


Fig. 1B. Movimiento lateral derecho antes y después del T.S., los caninos suelen impedir estos movimientos.

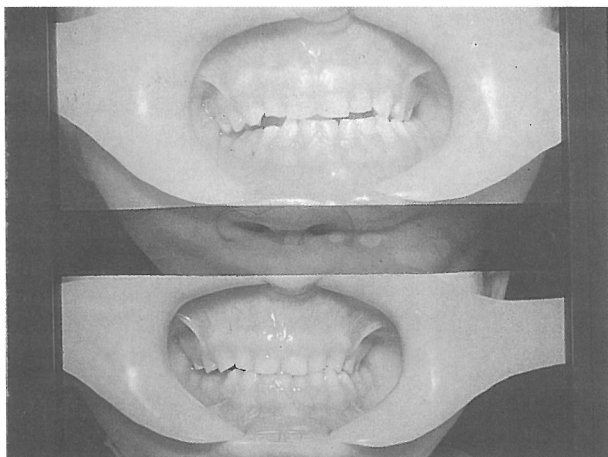


Fig. 1C. M.L. izquierdo, antes y después del T.S., primer "aparato" de la R.N.O., la boca se mueve equilibradamente y puede realizar su función masticatoria.



Fig. 2C. Solucionado en pocos días.



Fig. 2A. M.S.L. 4 años. Progenil.



Fig. 3A. M.R.G., 7 años, gran endognática X - 70.



Fig. 2B. Colocamos placas Planas de tercera clase con resorte de Eschler.



Fig. 3B. XII - 86. Hace cuatro años que no lleva aparatos.

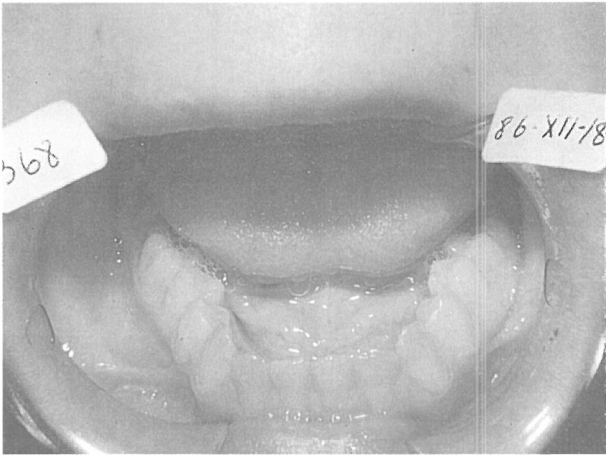


Fig. 3C. Obsérvese la mandíbula cuadrada, el grupo incisivo casi en línea recta desde el borde mesial de un canino al otro, los procesos laterales deben salir divergentes hacia atrás y afuera en línea recta.

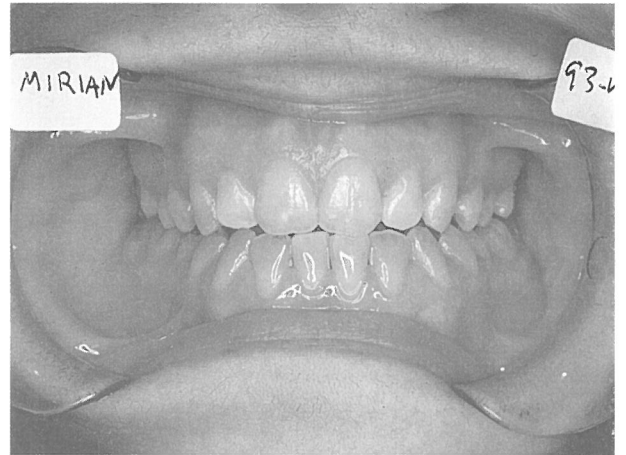


Fig. 3F. O.L. izquierda, funcional y equilibrada, nos produce una boca sana y estética.

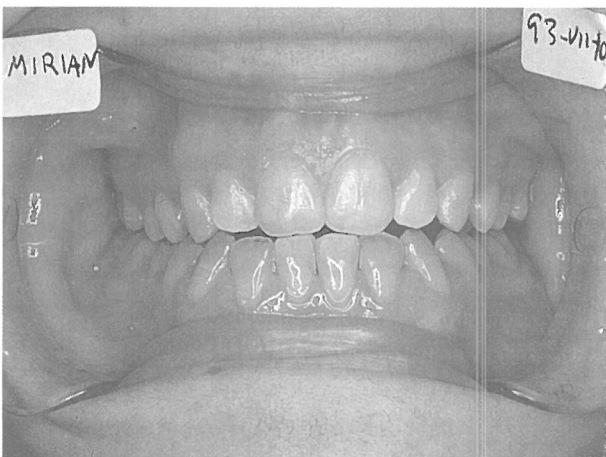


Fig. 3D. Oclusión lateral derecha equilibrada. Una boca estética, pero estética no nos sirve.



Fig. 4A. J.R.C., 5 años, gran dognática, articulación cruzada lado derecho. Marzo 73, T.S., pista directa y placas Planas de expansión durante dos años.

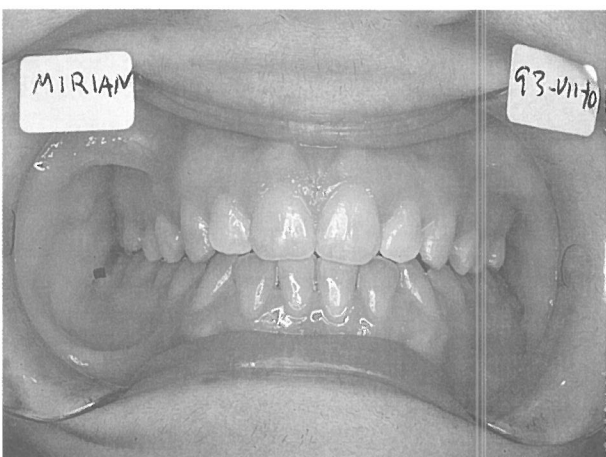


Fig. 3E. Julio del 93. Resultado 11 años después de dado de alta el paciente, oclusión céntrica. No hay recidiva.



Fig. 4B. octubre 94. Casi 20 años después de terminado el tratamiento. Oclusión céntrica.

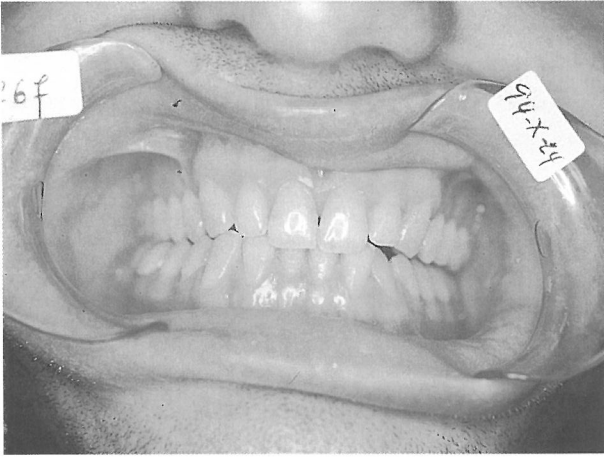


Fig. 4C. Oclusión funcional derecha, observese, trabajo y balanceo. No hay recidiva.

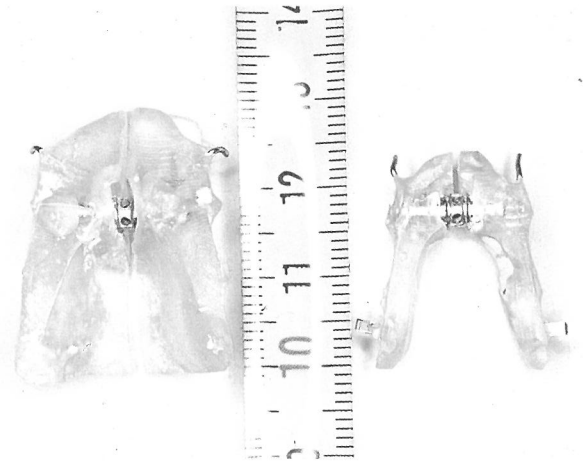


Fig. 5C. Medidas máximas de las placas, superior 28 mm. de longitud y 24 de anchura, la inferior 23 y 19, llevan incorporadas un tornillo Planas de expansión.

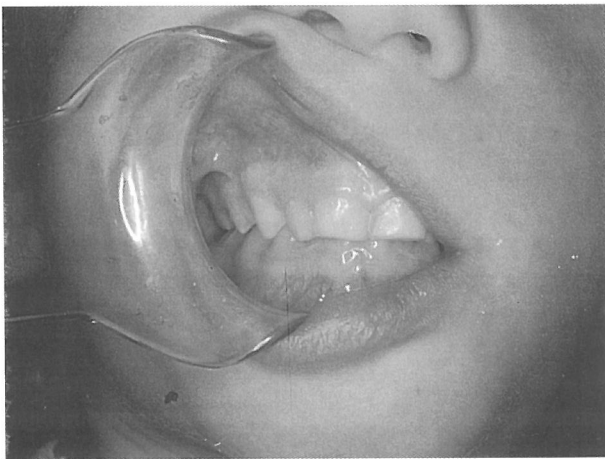


Fig. 5A. M.G.A., 4 años, gran endognática, sobremordida y distocclusión. ¿Por qué esperar?.



Fig. 6A. J.M.P., 5 años, gran endognática, dist. y sobremordida. Octubre 79, placas Planas, cuatro años.

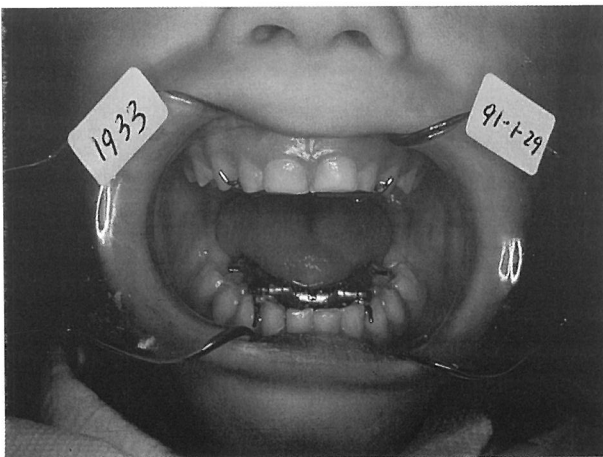


Fig. 5B. Placas Planas colocadas. Se sujetan solas. Los ganchos de flechas Adams, bola, etc., no son necesarios en la terapia R.N.O.

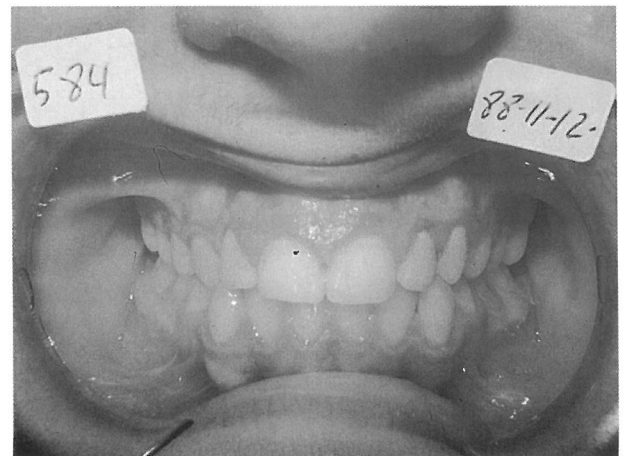


Fig. 6B. Oclusión céntrica normal. julio 88.

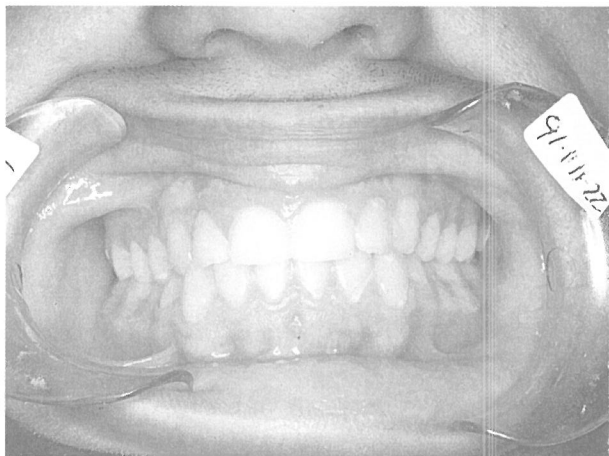


Fig. 6C. Julio 91. O.C.N.



Fig. 7A. A.R.P., 7 años, indognatia, tendencia progénica.

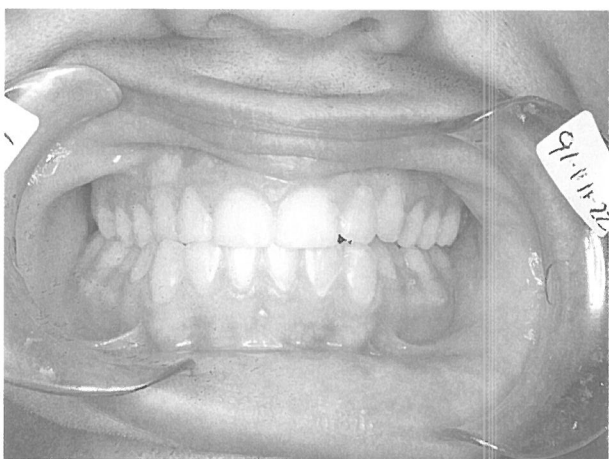


Fig. 6D. O. Lateral derecha, equilibrada en trabajo y balanceo. La A.T.M. no es una "chamela".

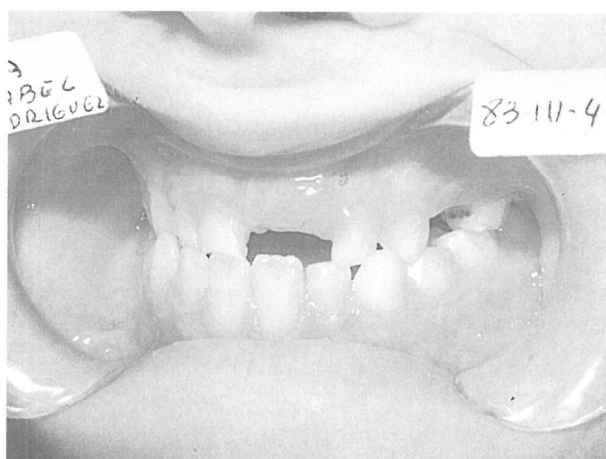


Fig. 7B. Oclusión cruzada lado izquierdo Abril 83.



Fig. 6E. O.L. izquierda, idem. "secreto" para evitar la recidiva y funcionando fisiológicamente.

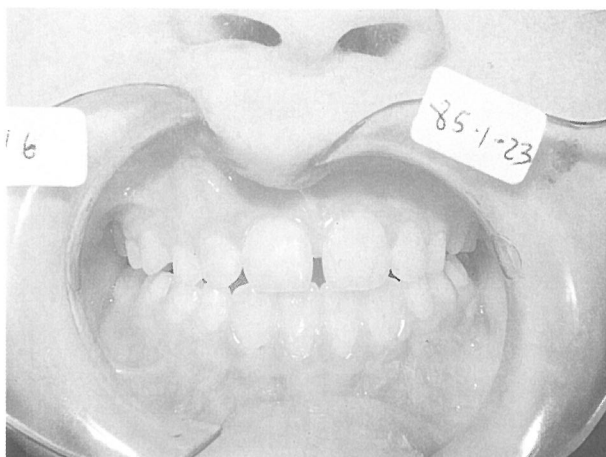


Fig. 7C. Oclusión céntrica Enero 85.

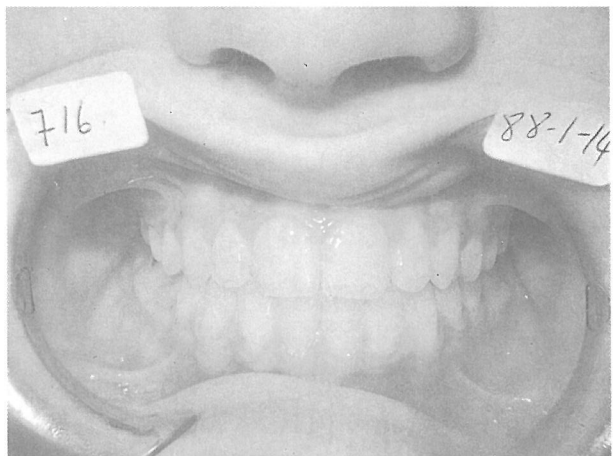


Fig. 7D. Oclusión céntrica Enero 88.

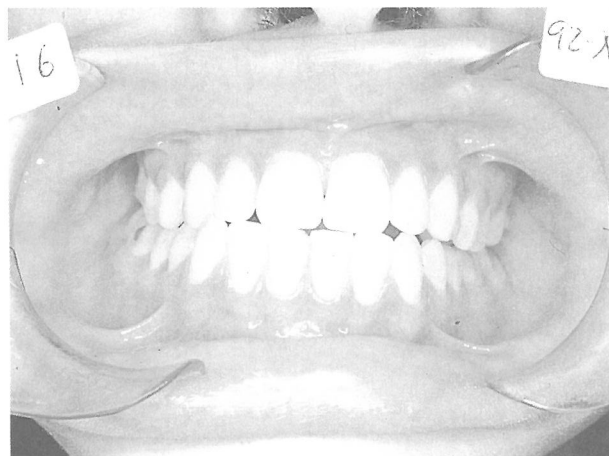


Fig. 7F. Oclusión lateral derecha, equilibrio en trabajo y balanceo. Puede masticar.



Fig. 7E. Oclusión céntrica Noviembre 92.

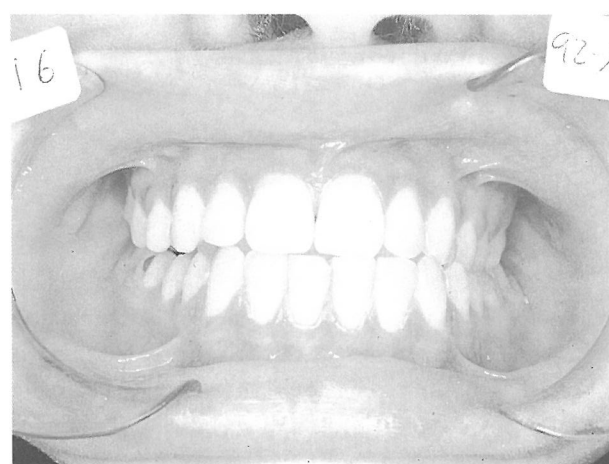


Fig. 7G. Oclusión lateral izquierda, idem. Buscando y consiguiendo la función, la estética es una consecuencia.