

La fuerza muscular

Xavier Costa Codina

Ex-Presidente
de la Sociedad
Española
de Odontopediatria
Profesor
de la Facultad
de Odontología
de la Universidad
de Barcelona

La lucha para controlar los músculos orales y periorales en odontología viene de lejos. Quienes más se han interesado por ellos son los odontopediatras, los ortodoncistas y los prostodoncistas por las dificultades de estabilidad del tratamiento puramente dental que entrañan y por los síndromes de dolor-disfunción de la ATM. Numerosas patologías derivan de ellos y aunque cada vez su causa es más conocida, la mayoría de clínicos no le dan aún la importancia que tiene. Así, el periodoncista achaca a la placa bacteriana a veces junto a la herencia o a enfermedades sistémicas y al trauma oclusal la culpa de la pérdida de dientes; el fracaso de las prótesis fijas, al bruxismo y al trauma oclusal y en el caso de las removibles o completas, a la falta de base ósea. Ello es cierto en una gran mayoría de pacientes, y ante los que no sabemos qué argumentar, nos consolamos pensando o diciendo que es una miscelánea de todos ellos a la que solemos añadir, y con razón, el masetero y el estrés.

Actualmente, ya muchos de estos pacientes adultos han pasado previamente de niños por el odontopediatra, por el ortodoncista o por el dentista general con buena voluntad, para ser reconocidos de las dos grandes y casi únicas preocupaciones de los papás: caries y alineación de los dientes. El profesional diagnóstica para tratar o derivar en función del comportamiento del paciente y la gravedad del problema cayendo alguno en la trampa del paciente engañosamente fácil por ser aún incipiente lo que se avecina o por "supuestos de normalidad" sin explorar, en el diagnóstico.

En ortodoncia, dejando aparte las grandes deformaciones síndromicas, las maloclusiones graves son aquellas en las que interviene "algo más" que una discrepancia oseodentaria o alteraciones de la erupción. Y ese "algo más" son los músculos y su función provocando alteraciones dentarias y esqueléticas. La clave de su control reside en la prevención cuando es posible, en el diagnóstico correcto y en el trata-

miento preciso a la edad, sea la que sea, en la que la alteración se descubre.

Muchos clínicos han basado su práctica e investigaciones en el uso de aparatología (¿funcional?), ya sea para controlar o para estimular esa fuerza muscular, pero pocos con ejercicios de mioterapia a edades tempranas con el fin de armonizar el crecimiento facial y coordinar las arcadas.

¿Qué debemos tratar primero, la forma o la función?. Es cierto que una rueda cuadrada no funcionará nunca, por lo tanto una buena forma puede incluso recuperar la función espontáneamente. El problema reside en dejar la rueda elíptica, que funcionará aunque en desequilibrio y estropeará el sistema estomatognático (los dientes, parodonto y ATM) mucho antes de lo biológicamente previsto y no es el mantenimiento distinto (retención de por vida, férulas) o más a menudo (controles de placa bacteriana, fluorizaciones) lo que se precisa sino darle la forma circular, es decir, explorar y tratar también la función y parafunciones ya que ejercen de aparato de ortodoncia durante toda la vida. Así, la pérdida de dientes en el paciente adulto con patología parodontal o en el bruxista quizás se hubieran evitado si durante la infancia y adolescencia se hubiera hecho algo más que alinear los dientes.

La *disfunción* se manifiesta en el niño con una maloclusión dentaria o esquelética o ambas. En el adulto no tratado durante la infancia, a los problemas anteriores se le suma la pérdida de dientes, y al adulto tratado aparece la recidiva y a continuación la pérdida de dientes por fallo en la estructura de soporte por el movimiento de vaivén entre la lengua y el labio. Garliner lo llama *disarmonía muscular orofacial* y se llega a ella por dos vías principalmente: las *interferencias* que obligan a posturas y movimientos compensatorios que producen deformidad y los *hábitos* que producen deformidad directamente, cuya gravedad reside en la intensidad, la duración y la edad de aparición.

Correspondencia:
Xavier Costa Codina
Pl. Porxada 21-23, 3
08400 Granollers
Barcelona

Entendemos como *interferencias* las anomalías anatómicas que evitan la función normal de respirar, masticar, deglutir o hablar: amígdalas hipertróficas, desviaciones de tabique, frenillo lingual o labiales, inserciones musculares altas o bajas del mentoniano o del buccinador. Alergias con hipertrofia de la mucosa nasal. Caries y otras alteraciones dentarias que produzcan sensibilidad o dolor, etc., que junto a los *hábitos*: succión del pulgar, chupete, succión lingual o labial, tabaquismo, onicofagia, postura craneal y global, etc., son lo primero que debemos diagnosticar y tratar. Las interferencias, médica o quirúrgicamente, y en los hábitos realizaremos tratamiento psicológico por el componente afectivo al que suelen estar ligados, apoyado por algún tipo de ayuda mecánica (aparatosología, manoplas, etc.) si es preciso o gimnasia correctiva.

Una vez tratado lo anterior, debemos explorar de nuevo las *disfunciones* respiración oral y/o la deglución atípica en todas sus variantes de interposición y/o empuje de labios y lengua, así como la posición anómala de la lengua en reposo que pueden remitir espontáneamente, de lo contrario deberemos seguir tratando al paciente mediante reeducación neuromuscular con mioterapia funcional y es en este momento cuando el tratamiento de la forma es de gran ayuda como apoyo a lo principal que es la recuperación inconsciente de los movimientos funcionales como éxito final del tratamiento.

La fonoaudióloga M^a Luisa Segovia, en su libro "Interrelaciones entre la odontoestomatología y la fonoaudiología", publicado en 1998, cita una serie de datos estadísticos dignos de consideración en cuanto a la deglución atípica: En la población general Dandoit encuentra que la presentan un 90% de personas entre 3 y 6 años, un 70% entre 7 y 10 años, un 50% entre 11 y 15 y un 30% hasta los 30 de lo que deduce que en una gran mayoría remite espontáneamente pero que tiene una gran prevalencia en la edad adulta. Rix, Blin, Rogers, etc. la encuentran en el 60% de pacientes que acuden para ser tratados de ortodoncia y Dechaume, Payer y Scheffer en un 80% de pacientes de periodoncia en un trabajo de 1962.

La mejor prevención es la lactancia materna hasta los seis meses, evitar hábitos, sobre todo la succión digital y tratar cuanto antes las interferencias.

Ligado a los reflejos neuromusculares inconscientes están las *parafunciones* que tanto en el niño como en el adulto suelen aparecer con alineación y oclusión normales (o con interferencias) y se manifiestan con sintomatología similares en unos y otros dependiendo del tipo.

Entiendo como parafunciones: *Apretamiento, Bruxismo y Bomba de vacío o presión intraoral negativa.*

El *apretamiento* puede lesionar la articulación y puede presentar lesiones dentoperiodontales, dolor muscular por contracturas y/o dolor articular que tratamos con medicación (Aines, miorrelejantes), ejercicios, masajes y férula de descarga.

El *bruxismo* desgasta los dientes y es tratado con férula de descarga.

La *bomba de vacío*, excelentemente descrita por el Dr. Pere Harster en sus cursos, lesiona el ligamento parodontal. Produce migración y extrusión de dientes, diapneusias, alteración de la papila interdental, hipertrofia de la tuberosidad, indentaciones linguales y labiales y morsicatio oris evidente, más marcada en el trigono retromolar. ¿Y cómo se trata si es que alguien la diagnostica?

La exacerbación de estas patologías está directamente relacionada con el estrés y en la mayoría de pacientes afectados encontramos los tres componentes con predominancia de uno sobre los demás cuya sintomatología (dolor o estética) es la que intentamos tratar.

Cuando una oclusión no es estable después de un tratamiento de ortodoncia o cirugía ortognática, no se controla la pérdida de hueso después de un tratamiento de periodoncia o no somos capaces de estabilizar una prótesis y si en todos los casos estamos seguros de haber aplicado la mejor de nuestras técnicas, deberíamos intentar saber de qué nos hemos olvidado a la hora del diagnóstico.

El paciente paga por quitarle los síntomas, la responsabilidad y el autocontrol. Ello favorece en el profesional realizar tratamientos mecanicistas y sintomáticos, mucho más rentables (el paciente paga por algo tangible y rápido, una ortodoncia, una rehabilitación, una férula) y con menos exigencias de conocimiento y de comunicación (motivación) aunque más tarde tenga que tratar las consecuencias de un diagnóstico incompleto que muy probablemente seguirá siendo incompleto.

La exploración muscular funcional dinámica y en reposo debería formar parte tanto de la exploración física rutinaria como del plan general de tratamiento de cualquier clínico a pesar de que el paciente no refiera sintomatología evidente, para completar el diagnóstico etiológico correcto y establecer las correctas fases de tratamiento o estructurar los objetivos parciales y el objetivo final (no estrés, función oral correcta y control de las parafunciones) si queremos generar las condiciones óptimas para mantener unos dientes propios enteros, alineados, con buen soporte, una oclusión estable y nuestra coronaria dilatada.