

Síndrome de mordida mesial

Autor: C.D. Jesús A. Sarabia Aguilar

Catedrático por oposición en ortodoncia en la Facultad de Odontología de la UNAM, presidente del Consejo Mexicano para la Certificación en Ortopedia Maxilar, A.C., decano de los Ortopedistas Maxilares de México y miembro honorario de la Asociación Mexicana de Ortopedia Maxilar.

En el campo de una odontología rudimentaria y artesanal, en el que la habilidad manual era la exigencia primordial para ejercerla y bajo el ámbito de una clínica simplista de fines del siglo XIX y principios del XX, alejada de todo concepto biológico, nació la ortodoncia de Angle, regida por sus postulados emanados de los conceptos mecanicistas del positivismo científico imperantes en su época y que aún persisten como fundamento de su clasificación de maloclusiones clases I, II y III y sustento del diagnóstico clínico en ortodoncia.

El concepto clásico de maloclusión como anomalía en cualquiera de sus clases es erróneo, pues carece de contenido nosográfico para su interpretación clínica. No son evolutivas ni en el tiempo ni en el espacio. Se concretan únicamente a apreciaciones objetivas referenciales de posición dentaria, sólo de valor histórico por su pretendido contenido teórico.

Al considerar Angle a los dientes como simple osteología, confinó a la ortodoncia al campo de la antropología física, estableciendo como norma de relación y base de su clasificación un concepto estático y fijo de forma, ajeno a toda función y sin considerar que es precisamente la función la que hace variar la forma. Así, se impone un criterio puramente referencial de posición dentaria para el diagnóstico de las maloclusiones, carente de todo fundamento científico, biológico y sustento nosológico en su interpretación, resultando la interpretación clínica de fenómenos biológicos, cuya causa no se alcanza a comprender mediante el artificio de crear una patología *sui generis*, catalogando en clases toda ausencia de sintomatología.

El criterio que la ortodoncia ha mantenido a lo largo de más de cien años, centrado en un sistema dentario anatómico puramente morfológico y, por lo tanto, con grandes limitaciones, hace que su objetivo tenga como única finalidad obtener con exactitud milimétrica las pro-

porciones estéticas de los dientes, para lograr el máximo de una belleza estandarizada de la sonrisa del paciente, pretendiendo crear esquemas no tan reales referentes a su personalidad, al considerar a la perfección de la técnica como el factótum para obtener dicho objetivo.

Este proceder a todas luces erróneo, sólo conduce a una especialización unilateral, parcial y limitada a lo estático, que al concretarse a una sola parte, hace perder la perspectiva del conjunto, dando solamente referencias anatómicas cuantitativas de la forma en su exterior, lo que induce a la incompreensión de los fenómenos biológicos que contribuyen a la heterogeneidad de los componentes del aparato masticatorio integrado en un todo como unidad en su forma y función, bajo el criterio biológico de la ortopedia maxilar.

Ciertamente, la clasificación de Angle tiene un valor histórico, aunque dentro de la odontología actual carece de cabida en ortopedia maxilar. Es una clasificación hoy en día muy controversial y enteramente literaria; debido a los grandes avances en la odontología clínica podemos afirmar que la clasificación de Angle carece de sentido biológico y, por lo tanto, sería muy difícil exponerla a una discusión científica. Recordemos que las maloclusiones no están consideradas en la naturaleza, son artificiales y convencionales. De aquí la imposibilidad de su interpretación clínica ante la carencia de su traducción nosográfica.

Los fundamentos científicos y biológicos en los que descansa la ortopedia maxilar demuestran que el concepto ortodónico de oclusión dentaria normal en equilibrio estático y analizado en modelos de yeso es obsoleto e inoperante. Repito, históricamente tiene gran valor, pero en la odontología actual debemos adquirir nuevos modelos de acuerdo a cómo se nos presente la clínica. El verdadero valor real de la oclusión dentaria normal es dinámico y éste sólo se adquiere durante la masticación y únicamente en el acto de la deglución, en el que todas las piezas dentarias se encuentran en completo estado de contacto oclusal. Es el único instante en el que la oclusión dentaria desempeña su verdadera función, al desencadenar una serie de reflejos neuromusculares que determinan estímulos funcionales en el sistema músculo-esquelético del aparato masticatorio.

En ortodoncia, bajo el nombre de maloclusión clase III, con base en la relación de contacto oclusal de los primeros molares permanentes en sentido sagital, no se designa una determinada anomalía de posición dentaria en particular, sino que el término encierra un cierto número de anomalías maxilares con más o menos la misma apariencia clínica, pero que en realidad son particularmente de origen diferente.

Es necesario reconsiderar genética, embriológica y clínicamente esta confusa designación con base en la elaboración del proceso diagnóstico. El sólo decir clase III no es, desde ningún punto de vista, un diagnóstico, aunque se le agregue el apellido de funcional o esquelético. La absoluta carencia de sintomatología de una simple apreciación puramente objetiva y referencial de posición dentaria de dos molares permanentes en sentido sagital, impide la evaluación semiológica de las lesiones que le son atribuidas y, por lo tanto, la integración de un cuadro clínico fundamentado en las características patológicas o hereditarias que contribuyen a la configuración de la anomalía que nos ayude a definir con menor dificultad si estamos ante anomalías de forma o variedades de la misma. Sólo de esta manera podemos llegar al diagnóstico clínico correcto y, por ende, a la decisión terapéutica acertada.

Un diagnóstico estrictamente morfológico y puramente objetivo, sustentado en una apreciación meramente referencial de posición dentaria en los modelos de yeso, es un criterio que resulta totalmente insuficiente e inadecuado para tomar una decisión terapéutica correcta. Si la etiopatogenia de una anomalía persiste después de su corrección, la

recidiva se presentará forzosamente sin importar el tiempo que dure la contención, en virtud de que los resultados terapéuticos estables dependen de la eliminación de las causas que determinaron dicha anomalía.

En ortopedia maxilar las anomalías del aparato masticatorio, denominadas disgnacias, sí están contempladas en la naturaleza y aunque no entran por completo en el concepto de enfermedad, deben considerarse como tales porque se rigen por las leyes de la patología general y, por lo tanto, son consustanciales a su interpretación clínica. El contenido genético, embriológico, hereditario y multifactorial de su etiopatogenia permite su traducción nosográfica para la elaboración del proceso diagnóstico.

Dado lo anterior, las disgnacias deben considerarse verdaderos síndromes, ya que los síntomas que los integran se manifiestan como un conjunto de alteraciones anatómico-fisiológicas consecuentes a la incorrecta coordinación de las inervaciones neurovegetativas responsables de la óptima función músculo-esquelética del aparato masticatorio como unidad integral en su estructura, forma, posición y función, de tal manera que la alteración de cualquiera de sus componentes trae como consecuencia y de manera progresiva la alteración de todos los demás, en virtud de que todos sus componentes, sin excepción, se encuentran bajo la influencia directa del sistema nervioso, por lo que sólo puede ser estudiado y comprendido bajo el método interdisciplinario de la ciencia, sin el cual el concepto de unidad integral no puede existir.

Es de suma importancia comprender que cualquier patología debe abordarse desde el punto de vista de lo que está originándola, es decir, de raíz, sin contemplar siquiera el aspecto difuso de tratar de enmendar la problemática desde el ángulo de lo superficial, que sólo será ponerle un parche al problema sea cual fuere y en realidad no habremos resuelto la verdadera enfermedad. *∞*

Lecturas recomendadas

1. Haupl K. *Tratado general de odontoestomatología*. Segunda edición, Alambra, Buenos Aires 1958:427.
2. Grabert MI, Neuman B. *Aparatología ortodóncica removible*. La Habana: Editorial Científico-Técnica (Edición Revolucionaria), 1984:123.
3. Feijoo HG. *Atlas de aparatología ortopédica*. Segunda edición, Mundi, Buenos Aires 1967:9-10,130-141.
4. Bimler HP. *Indicaciones de modelador elástico*. Mundi, Buenos Aires 1965:9.
5. Klammt G. *Des Elastic-offline activador*. Leipzig: Editorial Johann Ambrosius 1981:16-23.
6. Balters W. *Guía de la técnica del bionator*. Mundi, Buenos Aires 1968.