

## LESIONES DENTARIAS: VALORACIÓN DEL DAÑO ODONTOLÓGICO

### INTRODUCCIÓN

**A**lgunos autores han evaluado el justiprecio de la lesión dentaria traumática, con la pérdida total de la pieza, asignando valores porcentuales según la función de dicha pieza perdida.

Varias veces hemos observado como se confunde la aplicación de estos porcentuales, para una mejor interpretación debemos tener en cuenta que el aparato masticatorio u órgano de la masticación esta formado por tres componentes fundamentales:

– **Articulación Témpero Mandibular** (A.T.M.): es la articulación entre la parte fija, del sistema: el cráneo y la móvil: la mandíbula. Es una diartrosis gingivoartroïdal ya que interpone un menisco articular completo, entre dos superficies articulares óseas. Este menisco divide en dos al espacio capsular.

– **Sistema Neuromuscular:** es el componente activo, la fuente de movimiento y el receptor de los estímulos que actúan sobre el sistema. Constituido por los músculos masticatorios (Masetero y Temporal), de la mímica y suprahioides y por toda su inervación.

– **Sistema Dentario:** lo constituyen no solamente las piezas dentarias, sino todo el conjunto, es decir, su base esquelética: maxilares superior e inferior, la unión con el proceso alveolar: el ligamento perio-

dontal, cemento, la mucosa oro labial y los dientes, elementos primordiales en la transmisión de la fuerza durante la masticación. Este sistema constituye una unidad funcional que necesita de todos sus componentes para poder ser activo y efectivo.

Cumple con tres funciones: masticatoria, fonética y estética.

De acuerdo a la ubicación que tenga, cada pieza dentaria en la cavidad oral, se le asigna un valor con relación a la función que cumple esta pieza en el órgano bucal.

Masticatoriamente, tendrá más valor un molar que un incisivo, pero si lo vemos desde la óptica de la estética, será el incisivo, el que tendrá más valor.

La sumatoria de porcentajes, de acuerdo a las tres funciones y a cada pieza dentaria perdida, deberá estar referida al valor funcional total del aparato bucal y no en relación a la total obrera.

Luego estos índices se aplicaran sobre el valor del 20% de la T.O., atribuido a la pérdida total de las funciones del órgano de la masticación (según el baremo del Dr. Bertini, corregido por el Dr. Pagliera, en 1964, presentado y aceptado en las Segundas Jornadas de Medicina Legal, Córdoba).

La mayoría de los estudios que tra-

*Marta Beatriz  
Maldonado*

taron estos temas lo hacen desde el punto de vista, de la pieza dental perdida, pero es muy común ver en la práctica legal, de estos tiempos, la traumatología dentaria pura. Son lesiones, que afectan parte de la corona dentaria, en diferentes planos de sus tejidos: esmalte, dentina y pulpa o también en su estructura radicular, alterando los tejidos que la conforman: cemento, dentina y pulpa. Complicando a la integridad dentaria, desde una simple variación estética hasta la total pérdida de vitalidad pulpar.

Si bien el daño buco dental es poco importante comparado con otras lesiones sensitivas o motoras, no debe por ello descuidarse su exploración, estudio y valoración.

Dado el aumento del número de denuncias por mala praxis, accidentes, agresiones, etc. los jueces piden con mayor frecuencia peritaciones específicas sobre daño buco dental, por lo tanto será fundamental desarrollar un protocolo de exploración sistemático y reglamentado para tener como resultado una correcta valoración.

### **CLASIFICACIÓN DE TRAUMA DENTARIO**

Basada en la clasificación internacional de enfermedades de la Organización Mundial de la Salud, aplicada a la odontología, en 1985.

1) Lesiones de tejidos duros dentarios y de la pulpa.

- Fractura incompleta de esmalte sin pérdida de sustancia dentaria.
- Fractura no complicada en la corona.
- Fractura limitada al esmalte y dentina sin exposición pulpar

- Fractura complicada de la corona, de esmalte y dentina con exposición pulpar.
- Fractura no complicada de corona y raíz, afectando esmalte, dentina y cemento, sin exposición pulpar.
- Fractura complicada de corona y raíz, afectando esmalte, dentina y cemento con exposición pulpar.
- Fractura de raíz, afecta cemento, dentina y pulpa.

2) Lesiones de los tejidos periodontales.

- Concusión: lesión de las estructuras de sostén del diente que no provoca movilidad ni desplazamiento anormal de este. Pero con evidente reacción a la percusión.
- Subluxación: lesión con aflojamiento anormal pero sin desplazamiento dentario.
- Luxación intrusiva: desplazamiento del diente dentro de su alvéolo, se presenta con conminución o fractura de la cavidad alveolar.
- Luxación extrusiva: avulsión parcial del diente en su alvéolo.
- Luxación lateral: desplazamiento del diente hacia mesial o distal. Se presenta con conminución o fractura alveolar.
- Exarticulación: avulsión completa. Desplazamiento del diente fuera de su alvéolo.

3) Lesiones del hueso de sostén.

- Fractura con minuta de la cavidad alveolar, compresión del alveolo junto con luxación intrusiva o lateral.
- Fractura de la pared alveolar, limitada a las paredes vestibular o palatina/lingual.
- Fractura del proceso alveolar,

puede afectar o no a la cavidad alveolar.

- Fractura de mandíbula o maxilar superior afectando o no al proceso alveolar o al alvéolo. Diferentes clasificaciones dependiendo del nivel de basal alterado.

#### 4) Lesiones de la encía y de la mucosa oral.

- Laceración de la encía y/o mucosa oral: Herida superficial o profunda producida por desgarramiento y causada por proceso agudo.
- Contusión de la encía o del mucoso oral: golpe producido por elemento romo y que no rasga al tejido. Puede producir hemorragia submucosa.
- Abrasión de la encía o del mucoso oral: herida superficial producida por raspadura o desgarro del tejido, dejándolo áspero y sangrante.

### CÁLCULO DEL PORCENTAJE DE INCAPACIDAD POR PÉRDIDA DE FUNCIONES DENTARIAS

Como ya se expresara, el aparato

buco dentario desarrolla tres funciones primordiales: masticatoria, fonética y estética.

La valoración del porcentaje de incapacidad se realiza teniendo en cuenta el tipo de piezas dentarias afectadas y la zona de la arcada dentaria en la que dichas piezas se encuentran, o sea, calificación según ubicación y función que cumplen.

Como ya mencionáramos se ha trabajado con Baremos que norman el porcentaje de incapacidad por pieza permanente perdida, este estudio apunta además a valorar la incapacidad que surge de la disminución de la función masticatoria, fonética y estética a partir del trauma dentario propiamente dicho, sin pérdida dentaria inmediata y con lesión en algún tejido dentario.

Tomando como base al reconocido y justo, baremo del Dr. Bertini, que otorga el 20% de la Total Obrera, por pérdida total de piezas dentarias permanentes, observemos el porcentual individual por disminución en cada función, para establecer el grado de incapacidad sobreviviente:

Función		I.c	I.l	C	1 Pm	2 Pm	1 M	2 M	3 M
Masticatoria		1%	1%	2%	3%	4%	6%	6%	2%
Estética	Superior	8%	7%	7%	3%	1.5%	1%	0.5%	-
	Inferior	6%	5%	5%	3%	1.5%	1%	0.5%	-
Fonética	Superior	8%	7%	7%	3%	1.5%	1%	0.5%	-
	Inferior	6%	5%	5%	3%	1.5%	1%	0.5%	-

I.c: incisivo central, I.l: incisivo lateral, C: canino, Pm: premolar, M: molar

Debemos tener en cuenta, además, los siguientes principios:

— La cavidad bucal es un complejo sistema órgano funcional, en el que actúan los siguientes componentes: Los huesos maxilares, la articulación temporomandibular, los músculos masticatorios, los nervios, las

glándulas salivales, la lengua, los labios y las piezas dentarias, colaborando cada uno de ellos en distinta forma y medida con las funciones masticatoria, estética y fonética.

— Se tomará como Estado de Salud Buco dentario del individuo a:

el número de piezas dentarias naturales sanas, restauradas, con patología, ausentes o con prótesis de cualquier tipo, que poseía en funcionalidad antes de recibir el traumatismo que le produjera lesiones y secuelas y que fuera motivo de peritación.

— La pérdida total de las piezas dentarias, equivale al 20 % del total obrero.

— Cada pieza dentaria tiene una notación (Redier) y un valor determinado, que variará según se considere la función masticatoria, estética y/o fonética, además, según se trate de la arcada superior o inferior, ver cuadro anterior.

— La oclusión es la relación entre los dientes y sus estructuras de sostén, la A.T.M. y el sistema neuromuscular.

— La pérdida de una pieza dentaria, no significa sólo “esa” pérdida, sino que además, producirá la migración de las piezas vecinas, la extrusión de las antagonistas, la disminución de la dimensión vertical, es decir un desequilibrio de la armonía oclusal, alterando negativamente al conjunto del patrimonio dental, del lesionado.

— La masticación, es sin duda, la función principal del aparato buco dentario. Para definirla, diremos, que es el conjunto de movimientos biomecánicos (dientes, maxilares, A.T.M., músculos masticatorios, lengua y tejidos blandos bucales) que tienen como misión preparar mecánicamente el alimento para ser deglutido y digerido.

— En la función masticatoria, deberá sumarse el valor de la pieza antagonista, que ha perdido su función, al quedarse sin oponente. En

realidad, son dos las piezas, que pierden el apoyo oclusal, dado que cada pieza dentaria, se relaciona con dos del arco antagonista: tría-da oclusal, la relación es dos tercios con la pieza mesial y un tercio con la distal; para simplificar el cálculo, se tomará el total de la pieza homóloga antagonista.

— Del valor correspondiente a la pérdida total de las piezas dentarias (20%) deberá descontarse el valor parcial, resultante de la suma de los valores, de las tres funciones, de cada pieza dentaria perdida.

— Este valor deberá, a su vez, descontarse del Total Obrero vigente en el momento del accidente, de acuerdo con la Legislación.

## **FUNCIÓN MASTICATORIA**

La función del grupo dentario incisivo es seccionar, la de los caninos es desgarrar y la de premolares y molares es triturar. Los dientes anteriores tienen un rol poco importante en la masticación, de ahí que sólo se les otorgue un valor mínimo: 1 % para incisivos y 2 % para caninos. Los premolares actúan en la trituración sobresaliendo el segundo, de ahí el valor de 3 % para el primero y de 4 % para el segundo. La función masticatoria recae especialmente sobre el primer molar y luego sobre el segundo, a cada uno de ellos se le asigna 6 %, mientras que al tercer molar sólo el 2 %, por su menor participación dada su posición posterior.

En esta función el valor será igual, tanto para la arcada superior, como para la inferior.

La pérdida de una pieza dental, no sólo significa “esa” pérdida, sino que además provoca migración de

las piezas adyacentes, extrusión de los antagonistas, disminución de la dimensión vertical y otras alteraciones que afectan negativamente al complejo conjunto buco dentario, patrimonio del lesionado. Las piezas dentarias que quedan sin su antagonista por la pérdida traumática de este, también pierden su función masticatoria, dado que la pérdida anula fisiológicamente dicha función (seccionante, displacadora o triturante específica de cada pieza), ya que no puede cumplirla por perder donde apoyarse para ello. Por lo tanto, deberá sumarse su valor porcentual, es decir, que cuando una pieza dentaria se pierde, se duplicará su valor, ya que se agrega el del antagonista que también pierde el valor funcional.

Al perderse una pieza dentaria o dos, si se trata de antagonistas, la lesión será leve, pues aun no hay debilitamiento de la función masticatoria. Al perderse dos piezas dentales, cuyos antagonistas ya se encontraban ausentes, la lesión también será leve. Pero, si se pierden dos piezas dentales cuyos antagonistas están presentes, se perderá la función de cuatro piezas y por lo tanto habrá debilitamiento parcial y permanente de la función, produciendo una lesión grave.

El individuo con una oclusión normal, presenta un esquema masticatorio regulado y coordinado, con ritmo, amplitud de movimiento y una forma de trituración del alimento determinada. Este esquema oclusal, tiene cierto grado de tolerancia y ante ciertas variaciones, encuentra un nuevo equilibrio neuromuscular, pero si las variaciones son de medias a extremas, se rompe el equilibrio y aparecen movimientos masticatorios parafuncionales que son lesivos para todos los elementos del sistema.

En el caso de que la eficiencia masticatoria del afectado hasta el momento de producirse la lesión residiera en el uso de prótesis, estas piezas artificiales se considerarán como naturales. La gravedad de la lesión estará determinada por la cantidad de piezas que dejan de funcionar.

Si el portador puede seguir usando su prótesis con la misma eficiencia luego de sufrir lesiones, estas se consideraran leves. Pero se tendrán como graves, si no puede seguir usando las mismas prótesis, dado que se ha producido un debilitamiento o pérdida, según el caso, de una función que hasta ese momento podía ser ejercida.

## **FUNCIÓN ESTÉTICA**

Las piezas dentarias, junto con los maxilares, son el sostén de los tejidos blandos de la cara; su ausencia origina alteraciones de la expresión y la fisonomía, dando aspecto de senectud, afectando la armonía, belleza y/o estimación de la persona.

Del grupo dentario anterior, depende en gran parte, el factor simpatía y tiene tanta importancia en la vida de relación, al punto de constituir un elemento de prestigio. La deficiencia estética significa una disminución en el rendimiento de trabajo en algunas profesiones, como por ejemplo artistas, educadores, profesionales de la palabra, etc.

La importancia estética irá en orden decreciente desde el sector anterior, grupo de incisivos, caninos, al sector latero-posterior premolar y molar. Las piezas del maxilar superior, tienen mayor valor estético que las inferiores, por eso sus valores serán más elevados.

En esta función no se tendrán en cuenta las piezas antagonistas, ya que no se altera su valor.

### **FUNCIÓN FONÉTICA**

Las piezas dentarias, también colaboran en la articulación de las palabras. En los estudios de los sonidos articulados, hay letras que se pronuncian apoyando la lengua contra los incisivos superiores, por lo tanto al estar estos ausentes, se produce un sonido sibilante.

En las letras **F - V** actúa como órgano activo el labio inferior y como pasivo, el borde de los incisivos superiores. En las letras ínter dentarias, por ejemplo la **Z**, el órgano activo es la punta de la lengua y el pasivo, el borde de los incisivos superiores. En las letras dentales explosivas, como la **T - D**, el órgano activo es la lengua y el pasivo, la cara lingual (posterior o interna) de los incisivos superiores. También participan los premolares y molares, en la letra **LL**.

Las piezas dentarias anteriores son

Fractura Coronaria	esmalte	25 %
	esmalte/dentina	50 %
	esmalte/dentina con exposición pulpar	100 %
Fractura radicular	sin exposición pulpar	50 %
	con exposición pulpar	100 %

### **PROTOCOLO DE EXPLORACIÓN SISTEMÁTICA, FRENTE A TRAUMATISMOS DENTALES**

Se tendrá en cuenta la clasificación del trauma dentario de la O.M.S, para poder encuadrar, la lesión, dentro de esa clasificación, se sugiere seguir con los siguientes pasos:

— Revisión clínica: exploración de toda la cavidad oral, tejidos blandos y piezas dentarias, confección de odontograma, con el estado

las más importantes en la emisión de sonidos, por lo tanto los valores más elevados corresponden a este sector, como también el maxilar superior sobre el inferior. Tampoco se altera el valor de las piezas antagonistas, en esta función.

### **APLICACIÓN DE COEFICIENTES PARA ESTABLECER EL GRADO DE INCAPACIDAD QUE SOBREVIENE A UNA LESIÓN DENTARIA, SIN PÉRDIDA DE ESTA**

Lesión producida por causas no patológicas y/o congénitas que originan debilitamiento del órgano de la masticación, en sus tres funciones, susceptible de ser encuadrado dentro de los artículos 89 y 90 del Código Penal Argentino y comprendidas en la clasificación Internacional del Trauma Dentario de la O.M.S.

Del valor del porcentaje asignado a la pérdida total de cada pieza dentaria, en el cuadro anterior se calculará este índice en cada lesión, de acuerdo al debilitamiento biológico causado:

actual del traumatizado. (piezas sanas y lesionadas).

Sobre las piezas lesionadas, se practicará:

- Test de vitalidad pulpar
- Medir desplazamiento (en mm):
- Vertical: intrusiva-extrusiva
- Horizontal: grados de movilidad (1-2-3-4)
- Periodonto, sondaje de la bolsa, en mm.
- Examen de oclusión (fuera de línea o no)

— Radiografías periapicales o panorámicas, según necesidad, fundamentales para el diagnóstico de dislocaciones o fracturas internas, daño del germen de los permanentes, etc.

— Se tendrá en cuenta si la cronología de la lesión concuerda con la del trauma, como también la topografía de la secuela con la zona anatómica de recepción.

### **VALORACIÓN DE LAS PIEZAS TEMPORARIAS**

La especie humana posee dos denticiones, la Temporal o comúnmente llamada “de leche” y la Permanente, con un período, de recambio, al que se le llama dentición Mixta.

Si bien, las piezas temporarias, serán recambiadas por las permanentes, muchas veces, los traumatismos en menores perjudican notablemente a las temporarias y, a veces, también repercute en las piezas permanentes. Hasta el momento no fueron valoradas en el momento del cálculo de incapacidad, que si bien no será permanente, podría tener matices de lesión transitoria y/o devenir en daño permanente del germen dentario correspondiente. Por lo tanto será importante evaluar este tipo de lesiones, que a simple vista no parecería perjudicar, pero que muchas veces tiene repercusión en la posición del germen del permanente, perjudicando su erupción normal. Si la pérdida traumática, del temporal, se produce tempranamente, antes de que su recambio tenga formada su corona clínica, se podrá perder el espacio, en que este tenga que erupcionar, en la arcada dentaria.

También se deberá evaluar, el im-

pacto que tuvo el traumatismo sobre el temporal, ya que este puede rebotar sobre el germen del permanente haciendo que este migre fuera de su lugar, dificultando su erupción y alterando su lugar en la arcada dentaria o “marcando” algunas de sus caras, cuando se encuentra aun en el período de calcificación. Por estos y otros tantos motivos, será importante evaluar el daño en las piezas temporarias, para cuantificar la incapacidad que pudiera perjudicar a los permanentes en ese momento o en un futuro.

Aparte de la función en sí de cada pieza temporal, el mantenimiento de espacio y guía para la erupción de los permanentes, se deberá considerar que el desarrollo y evolución de la dentición contribuye al desarrollo de los huesos maxilares.

Además del correcto mantenimiento de una guía oclusal para los definitivos, se tendrá en cuenta el agravante de que una pieza permanente recién erupcionada, al no tener su proceso radicular completo, es muy débil y por tal motivo, más sensible de padecer lesiones.

La pérdida de una pieza permanente, en un individuo joven, tendrá más incapacidad, que en un adulto.

### **VALORACIÓN DEL DOLOR DENTARIO**

Muchas veces es el indicador de una anomalía post-traumática, por lo tanto, luego de una revisión clínica sistematizada, se podrá dimensionar grados de dolor, mediante una escala de valores, como la siguiente:

*Escala de Le Roy*

- 0: nulo
- 1: muy ligero
- 2: ligero
- 3: moderado
- 4: mediano
- 5: bastante importante
- 6: importante
- 7: muy importante

**TIEMPO MEDIO DE CURACIÓN**

— fractura coronaria, sin exposición pulpar: menos de 30 días.

— fractura coronaria, con exposición pulpar: si se trata de una pieza, menor de 30 días; si se trata de cuatro o más piezas, será mayor de 30 días.

— fractura radicular, sin exposición pulpar: menor de 30 días.

— fractura radicular, con exposición pulpar: si sólo es una pieza, será menor de 30 días; si son cuatro o más piezas, será mayor de 30 días.

**TIEMPO DE INCAPACIDAD**

Dependerá del tiempo de curación, de los tratamientos necesarios para restaurar la función y de las secuelas.

— transitoria: cuando es posible recuperar la función

— permanente: pérdida de la función, aunque se pudiera realizar prótesis.

— parcial: cuando, sólo afecta a algún sector de la cavidad oral.

— total: cuando el daño afecta a la totalidad de las piezas dentarias.

**REFERENCIA AL TEMA PROTÉSICO**

La Odontología como otras ciencias ha desarrollado sus conocimientos y los ha aplicado en las diferentes técnicas y materiales de última generación brindando al paciente una variedad de tratamientos restauratorios y protésicos de excelente nivel, no sólo estético sino también funcional (masticatorio y fonético). Un ejemplo de ello son las prótesis fijas, implanto soportadas, que le otorgan al paciente comodidad y confianza para relacionarse libremente en su vida. Pero se debe considerar que la mejor restauración protésica lograda, tanto a nivel técnico como de materiales y adaptación, no podrá competir jamás con las piezas naturales del individuo, ya que no suprimen el déficit fisiológico que sufre una persona al perder sus piezas dentarias naturales, pues supone una serie de efectos indeseables como sensación de cuerpo extraño, modificación en la masticación y el habla, lesiones gingivales, etc.; por lo tanto se podrá calcular un porcentaje de déficit en un 50 % cuando se trate de una prótesis removible y en un 25 % cuando se trate de una prótesis fija sumado al porcentaje puro de asignación de incapacidad de cada pieza dental a manera de factor de ponderación o corrección del daño.

Toda prótesis, además, tendrá un tiempo promedio de funcionalidad dado que se ira deteriorando, desadaptando lentamente, ya que la cavidad bucal es un medio de interrelaciones óseas, dentarias, musculares y articulares en continuo cambio.

Por lo tanto, será importante tener en cuenta, factores como la edad del individuo, posibilidad de restauración, contención protésica, etc.



o sea aplicar los conocimientos técnicos, de la Odontología, para relacionarlos con los diferentes problemas legales, surgidos de las lesiones producidas en la cavidad oral.

## VALORACIÓN DE LAS FRACTURAS DE LOS HUESOS MAXILARES

### **Maxilar Superior**

Pueden ser clasificadas, en general, en dos grupos:

#### A) Intrabucales:

1. del proceso alveolar, tablas vestibular o palatina
2. de la tuberosidad
3. unilateral de la porción palatina

#### B) Exobucales:

1. Le Fort I
2. Le Fort II
3. Le Fort III

Ofrece un gran número de complicaciones, que a veces retrasan considerablemente los tiempos de curación.

Tiempo medio de curación: 130 días

Tiempo medio de incapacidad laboral: 90 días

#### *Secuelas:*

— Anatómicas: callo vicioso, osteoporosis, material de osteosíntesis, lesiones asociadas de estructuras neurológicas y vasculares.

— Funcionales: tiene repercusión sobre la función masticatoria y por lo tanto trastornos para alimentarse. Puede afectar la función respiratoria y fonatoria. Incapacidad transitoria de la funcionalidad mono o poliarticular. Neuralgias, incluso permanentes o rebeldes a toda terapia.

— Estéticas: muy variables, a veces se producen secuelas estéticas muy importantes debido a la fijación quirúrgica del maxilar. También deberá tomarse en cuenta las cicatrices y las parálisis faciales, que pueden darse.

— Complicaciones frecuentes: sinusitis, infecciones asociadas de la cavidad bucal, pérdida de piezas dentarias, lesiones vasculonerviosas, neuralgias faciales rebeldes, parálisis faciales.

*Grado de incapacidad:* Con valores que van de 5 a 15 %

### **Maxilar inferior**

También puede dividirse en:

A) Intrabucales: que incluye a la arcada dentaria en forma: parcial o completa, única o múltiple, conminuta.

B) Que no incluye a la arcada dentaria: localizada en el ángulo, la apófisis corónides o el cóndilo.

— Tiempo medio de curación: 120 días.

— Tiempo medio de incapacidad laboral: 90 días

#### *Secuelas:*

— Anatómicas: pérdidas o fracturas dentarias, deformaciones, luxaciones recidivantes o no, material de osteosíntesis.

— Funcionales: afectan la función masticatoria, alterando la alimentación, a veces anulándola, por periodos largos, 45, 60 días, donde se debe alimentar con dietas especiales, al paciente. También, neuralgias faciales, rebeldes o per-

manentes, limitación en la movilidad articular.

— Estéticas: variables, según el tipo de fractura, puede afectar la simetría facial, frecuentemente se originan cicatrices operatorias.

— Complicaciones frecuentes: osteomielitis, infecciones asociadas a la cavidad oral, desarmonía oclusal, alteraciones digestivas.

*Grado de incapacidad:* Con valores que van de 5 a 15 %

### **VALORACIÓN DE LA ARTICULACIÓN TÉMPORO MAXILAR**

Como hemos visto anteriormente, para una correcta función masticatoria, fonética y estética, además de las piezas dentarias, con una adecuada oclusión y movilidad mandibular que permita los movimientos de apertura, cierre y lateralidad, función esta última, de la Articulación Témporo Mandibular. Una de las secuelas más frecuentes en los politraumatizados faciales severos es la limitación de la cinética mandibular o los movimientos de apertura, cierre y lateralidad; que puede variar de una ligera limitación a una completa imposibilidad (trismo).

Disfunción de A.T.M.:

Podrá clasificarse, según su causa:

A - Lesiones articulares:

— Fractura no tratada de uno de los cóndilos mandibulares.

— Fractura conminuta de un cóndilo con desaparición de la interlínea articular.

— Fractura-hundimiento de un cóndilo en el hueso Temporal.

Se debe tener en cuenta que la lesión del cóndilo, si es unilateral, provoca el desplazamiento del mentón hacia el lado afectado.

B – Lesiones extrarticulares:

— Fractura de la apófisis cigomática que afecta al músculo temporal.

— Fractura de la apófisis coronoidal.

— Hundimiento del hueso malar.

— Lesiones de los músculos masetero y/o temporal como esclerosis, fibrosis, contracturas, etc. Estas lesiones se diagnostican clínicamente y mediante electro miografía.

— Bridas mucosas en la zona yugal posterior.

*Inspección clínica de diagnóstico:*

A) Rango de apertura: medir la distancia entre los puntos ínter incisivos superior e inferior, observando si se produce desviación de la línea media ínter incisiva. La distancia debe ser de 45 mm aproximadamente.

B) Desvíos en apertura y cierre: tener en cuenta, que las variaciones que se producen en la apertura generalmente se deben a trastornos en la articulación y las que se observan en el cierre pueden ser consecuencia de trastornos oclusales.

C) Rango de movimientos de lateralidad: su disminución puede indicar falta de traslación condilar, una diferencia en el tamaño del cóndilo o asimetría de la base de cráneo.

D) Ruidos intrarticulares: siempre indican patología.

E) Dolor: en la palpación intrameatal, realizada con los dedos meñiques en el conducto auditivo externo, indicando al paciente movimientos de apertura y cie-

re, presionando hacia delante, no debería sentirse dolor; de lo contrario, existiría patología.

- F) Pruebas de tonicidad muscular y ligamentosa: sencillas maniobras que nos informarán, mediante la limitación de movimientos normales, limitación de apertura, desviación lateral de la misma o una apertura excesiva debida a una subluxación uni o bilateral.
- G) Postura: observar altura de los hombros, ya que pueden tener diferencia debido a una lesión ascendente o descendente.
- H) Otros síntomas dolorosos que se pueden presentar: dolor de cabeza, cervical, en otras articulaciones, de oídos sin patologías otorrinolaringológicas.

Las alteraciones de la A.T.M. podrán confirmarse mediante la exploración clínica y los diferentes diagnósticos por imágenes. Este tipo de lesiones, tienden a evolucionar con el tiempo hacia la anquilosis, son de difícil tratamiento y pronostico delicado.

Grado de incapacidad:

Variará, según el daño de un 5 a 20 %, según el caso de leve limitación hasta imposibilidad completa de movilidad: trismo.

## VALORACIÓN DE LA OCLUSIÓN DENTARIA

Se le llamará oclusión a la relación dentaria del maxilar superior con la mandíbula. Es importante hacer referencia a la rareza de una oclusión ideal, donde coinciden la relación céntrica (A.T.M.) y la máxima intercuspidad (nivel dentario). Por ello, el análisis de este tópico deberá estar comparado con una buena articulación donde, aunque

no coincida la relación céntrica y la máxima intercuspidad, la trayectoria entre ambas este libre de interferencias. También se debe evaluar el tiempo que pasó entre el momento de producirse la lesión y la consolidación de las secuelas, dado que la capacidad de adaptación oclusal a las nuevas condiciones es muy grande, aunque luego esta adaptación forzada puede provocar patologías articulares y parafuncionales, como por ejemplo el bruxismo.

Clasificación de los problemas oclusales:

Se podrán dividir, según el plano espacial en que se observan:

-A) Plano vertical o frontal:

— contactos prematuros: producidos cuando durante el cierre articular, una pieza o grupo dentario, entra en contacto con la arcada dentaria opuesta antes que las demás piezas. Puede deberse, a pérdidas dentarias que causan movimientos en el resto y han alterado el plano oclusal o luego de una fractura del maxilar de soporte.

Las consecuencias suelen ser dolores al ocluir, chasquidos, dolor de la A.T.M, por su Subluxación, contractura de los músculos masticatorios, con episodios de trismo eventual, etc.

— mordida abierta anterior: cuando al ocluir, no existe contacto del grupo incisivo/canino, con sus antagonistas. Puede deberse a mal desarrollo craneofacial, hábitos de interposición durante el desarrollo o secuela postraumática, luego de una fractura bilateral de los cóndilos y se produce una consolidación en posición anómala.

B) Plano horizontal o antero posterior:

— exageración del overjet: correspondiendo con la división clase II de Angle, podría deberse a un prognatismo del maxilar superior o a un retrognatismo mandibular. Esta alteración puede producirse durante el desarrollo o como consecuencia de una fractura mal consolidada de los cóndilos y ramas ascendentes de la mandíbula.

— inversión de la relación intermaxilar: se correspondería con la división clase III de Angle y podría ser por prognatismo mandibular o a una retrognatia de maxilar superior. Puede deberse a alteraciones del desarrollo, el pseudoprognatismo mandibular se puede ver en aplastamientos faciales asociados a mordida abierta anterior.

C) Plano horizontal transversal:

Denominadas laterogenias o mordidas cruzadas, estas patologías son causadas por grandes traumatismos, que provocan importantes anomalías articulares.

Un tipo particular de oclusión es la denominada en “dos tiempos”, vista en las pseudo artrosis, en la que se observa primero la oclusión de un grupo dentario y luego el resto.

### **VALORACIÓN DE LA FUNCIÓN GUSTATIVA**

Aunque no forma parte del sistema estomatognatico, no cabe duda que el sentido del gusto esta estrechamente relacionado con este.

Los estímulos gustativos, dulces, salados y ácidos son captados por una serie de receptores situados en las papilas linguales, el velo del

paladar y zonas periféricas. Las alteraciones más frecuentes son:

— disminución del gusto: hipogeusias.

— alteración de la percepción: parageusias.

Factores que actúan en las alteraciones:

— efectos de la edad.

— tabaquismo.

— uso de prótesis removible superior que bloquean los receptores.

### **BIBLIOGRAFÍA**

1. Allan, D. y Foreman, P: Prostodoncia de coronas y puentes. BS.AS .ED. Panamericana, 1987
2. Andreasen, J: Lesiones traumáticas de los dientes, Barcelona ED. Labor 1984
3. Andreasen, J y Andreasen, F.: Lesiones dentarias traumáticas. Madrid ED. Panamericano, 1990
4. Bakland, L: Lesiones traumáticas en endodoncia. México. ED. Interamericana, 1987
5. Bertini, V.: Evaluación legal del aparato dentario. Rev. Del Ateneo de la cátedra de Ortodoncia. BS.AS., 1950
6. Brignon, N.: Odontología legal y práctica forense. BS.AS. ED. Purizon, 1984
7. Clasificación Internacional de deficiencias, discapacidades y minusvalías (O.M.S.) Madrid, 1983
8. Gisbert Calabuig, J: Medicina Legal y Toxicología. Barcelona ED. Salvat 1991
9. Maisto, O: Endodoncia. BS.AS. ED. Mundi, 1973

10. Pagliera, J.: La pérdida de las piezas dentarias. Rev. Asoc. Med. Arg. vol.76-nov.1962
  11. Rojas, N.: Medicina Legal. BS.AS. ED. El Ateneo, 1971
  12. Pena.A.: Traumatología mucoso alvéolo dentario, manual de actualización odontológica. ED. Microsules Bernabo, BS.AS.1997
  13. Bonnet, E.F.P: Medicina legal, Bs. as. López librerías, 1980
  14. Pérez Perea, B., Roldan Garrido, B. y Sánchez Sánchez: Metodología para la valoración del daño buco dental. ED. MAPFRE, s.a. Madrid 1996
  15. Blanca Pérez Pineda, Manuel García Blázquez: Manual de la valoración y baremación del daño corporal.
-