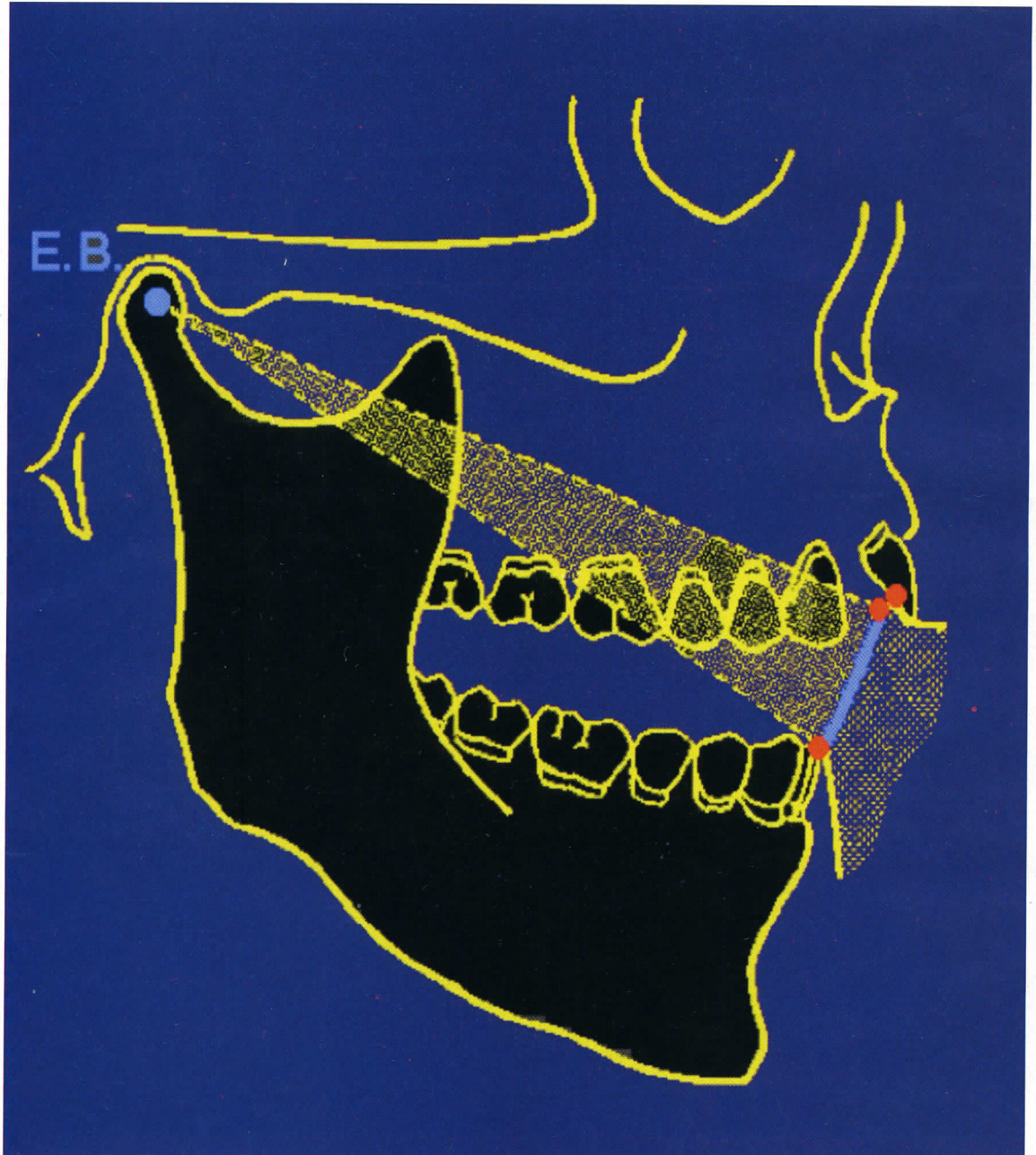


Estabilidad a largo plazo del tratamiento de ortodoncia



Dossier



Licenciado en Odontología por la Universidad de Concepción (Chile).
Director de Gnathos (centro de estudios de ortodoncia).
Director de Orthoquick (clínica dental y centro de formación).

Madrid.

Dr. Luis Horacio Escobar Parada

A lo largo de la historia de la ortodoncia ha habido algunos objetivos del tratamiento que han estado siempre pendientes de constatación. Uno de ellos ha sido la estabilidad del tratamiento de ortodoncia a largo plazo.

En las revisiones bibliográficas se verifica que existe una gran variación en los porcentajes de recidiva. En cualquier caso, todos ellos son extremadamente altos. La recidiva no sólo se manifiesta mediante la presencia de un apiñamiento dentario, también se puede reflejar

por la inestabilidad de la articulación temporomandibular, los desórdenes de la musculatura responsable de la dinámica mandibular, los compromisos periodontales en ausencia de inflamaciones, los desgastes y las abrasiones de las superficies dentarias. Esta gran variedad de factores comprometidos en el tratamiento explicaría los distintos porcentajes de recidivas presentes en la literatura.

Sin embargo, la mayoría de los clínicos indica el apiñamiento dentario como la evidencia de la recidiva. Esto ha llevado, como una prác-

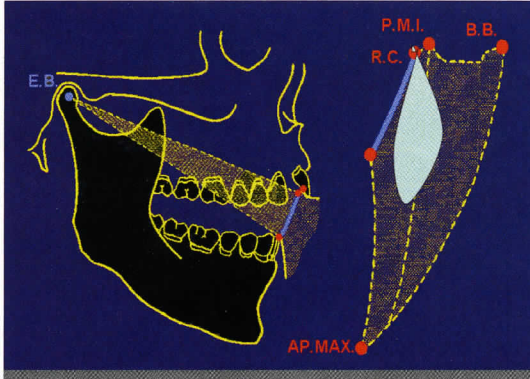


Fig. 1. Esquema básico de los movimientos mandibulares presentados por Posselt. Los movimientos de masticación están representados por el esquema en forma de lágrima en este gráfico del movimiento mandibular.

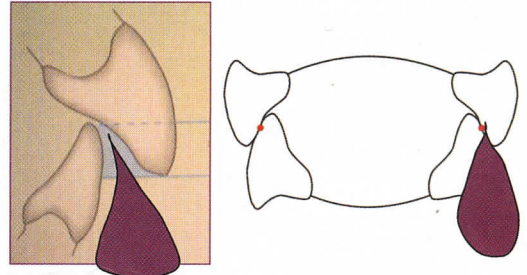


Fig. 2. En estos esquemas se observa el principio y el final del recorrido de apertura y cierre. Vistas frontal y lateral.

En cambio, la gráfica de la musculatura contracturada (fig. 3) tiene un claro componente horizontal, que traumatiza a los incisivos y a los caninos en los movimientos de cierre final y apertura.

Todo paciente que llega al diagnóstico ya ha tenido algún episodio de contacto prematuro y, por lo tanto, llega con contractura muscular y algún cambio de la posición mandibular. Así, el diagnóstico debe, en primer lugar, definir la posición real de

la mandíbula y, a partir de ahí, determinar la relación intermaxilar, diagnosticar el tipo de alteración oclusal que presenta el paciente y, a su vez, definir qué tipo de recolocación dentaria será necesaria para estabilizar la mandíbula en esa posición.

Sin ninguna duda, éste es el principal motivo del fracaso de los tratamientos de ortodoncia: usar como punto de partida la relación de máxima intercuspidad para la valoración intermaxilar y planificar un tipo de movimiento dentario no adecuado para los conflictos del paciente.

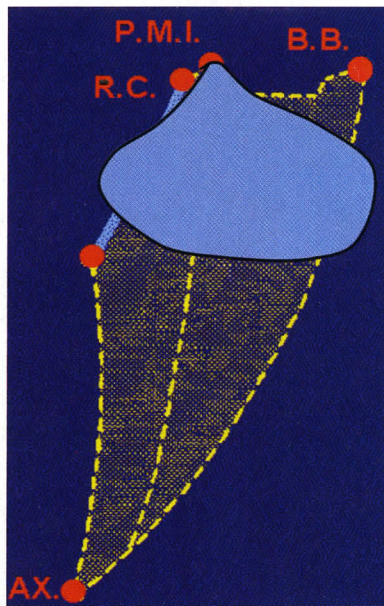
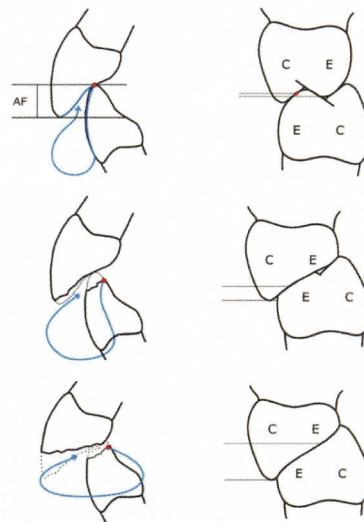


Fig. 3. Este tipo de movimiento mandibular, con un marcado componente horizontal, es el responsable de los desgastes de las piezas dentarias, de su movilidad y de la destrucción de las crestas alveolares; en definitiva, de la recidiva postratamiento de ortodoncia.



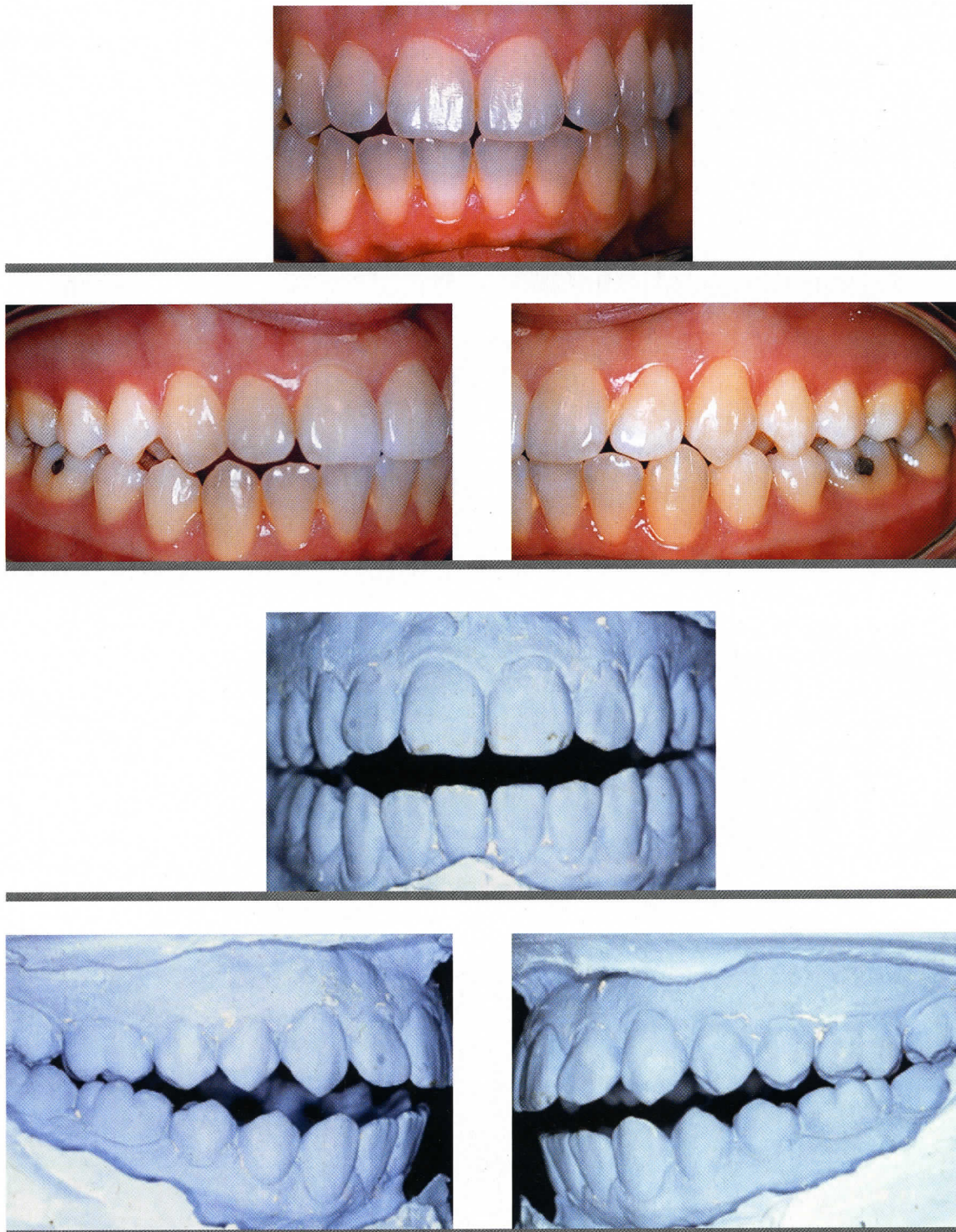


Fig. 4. Cuando se hace el diagnóstico de esta manera, la planificación y el tratamiento de ortodoncia permitirán que se coloquen las piezas dentarias al amparo de la dinámica mandibular. El ajuste oclusal al final del tratamiento garantizará la eliminación de contactos prematuros y favorecerá una dinámica mandibular sincronizada, con un tono muscular normal que mantendrá la estabilidad de las piezas dentarias.

Por supuesto, la finalización del tratamiento de ortodoncia no es la retirada de la aparatología y la colocación de la contención permanente. Será necesario el control de la oclusión final, que permita eliminar los contactos prematuros para favorecer la dinámica mandibular.

No es posible alcanzar el control tridimensional de la oclusión del paciente sólo con la perfecta colocación de la apar-

tología. Incluso en el hipotético caso de que esto fuese factible, siempre será necesaria la remodelación de la anatomía de la superficie oclusal para establecer una correcta relación con el antagonista. Esto se consigue con el ajuste oclusal final, cuatro o seis meses después de finalizar el tratamiento.

Estos desgastes se repetirán en la boca hasta conseguir la óptima relación intermaxilar.

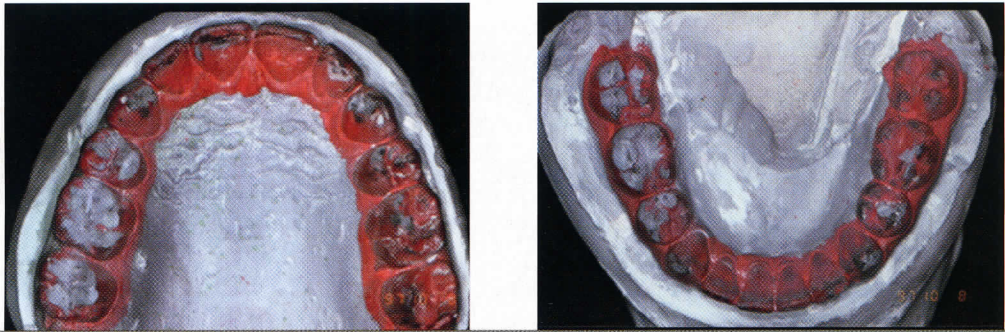
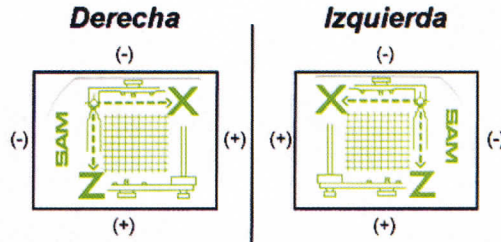


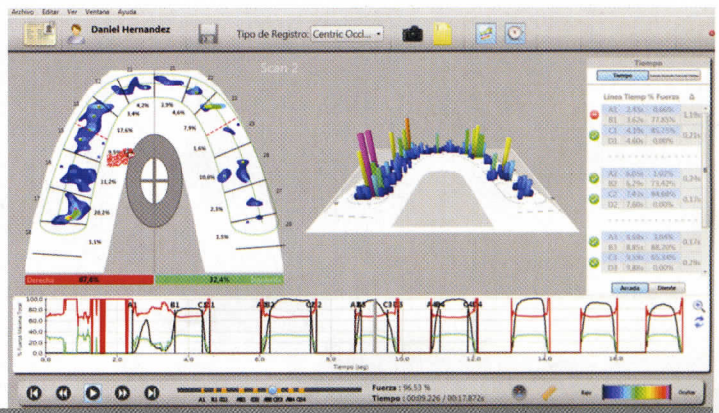
Fig. 5. Modelos finales cuatro meses después de finalizado el tratamiento de ortodoncia, en el que se practican los ajustes oclusales para eliminar los contactos prematuros y permitir una máxima intercuspidad en relación céntrica.



Los registros consecutivos durante el trabajo de ajuste oclusal final facilitan enormemente la labor del clínico, al tener éste una visualización inmediata de los cambios realizados a través de los desgastes selectivos y las remodelaciones oclusales. Nos permite valorar la distribución de las fuerzas y redistribuirlas a lo largo de la arcada.



Los registros del MPI (Indicador de Posición Mandibular) nos permiten evaluar y medir la posición del cóndilo antes del tratamiento y registrar la posición final, para definir la calidad de la relación oclusal y su injerencia en la posición condilar.



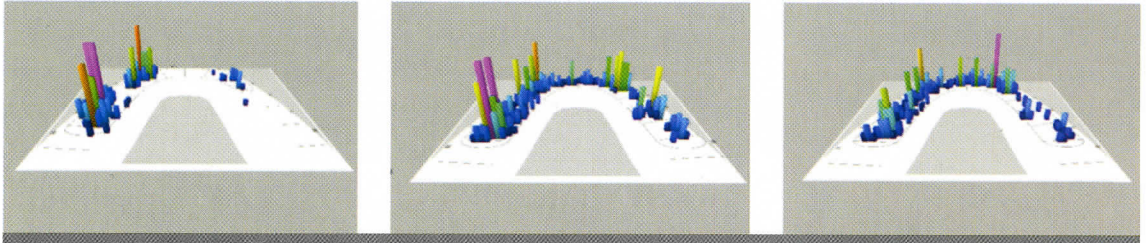


Fig. 8. En esta secuencia de registros con TScan se observa el efecto del ajuste oclusal. En el primer recuadro (izquierda) se aprecia el contacto prematuro de la pieza 26 y la casi total ausencia de contacto en la hemiarcada derecha. En el segundo recuadro (centro) se puede ver la redistribución de las fuerzas oclusales. Ya tenemos contacto bilateral pero aún contamos con exceso de contacto en la pieza 26. En el tercer recuadro (derecha) se observa la normalización del contacto de la pieza 26, la redistribución de las fuerzas oclusales y una moderada sobrecarga a nivel del canino, que tendremos que corregir.

Este protocolo de finalización permite dejar los casos estables oclusalmente, con una dinámica mandibular que favorezca la estabilidad de las piezas dentarias, evitando la recidiva del apiñamiento dentario, una buena sincronización de la musculatura elevadora y un tono adecuado para las fuerzas de la masticación.

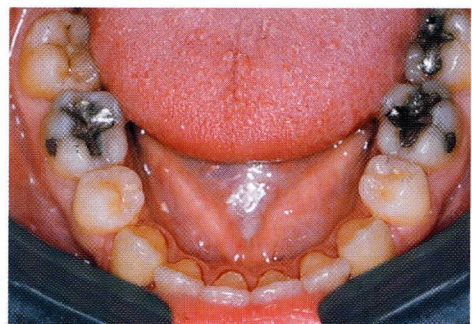
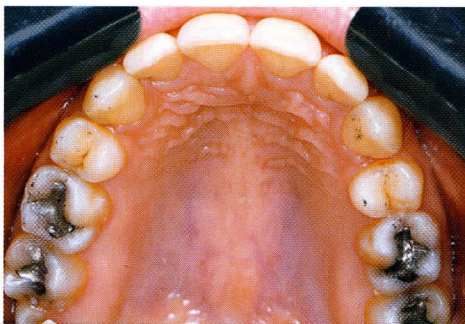
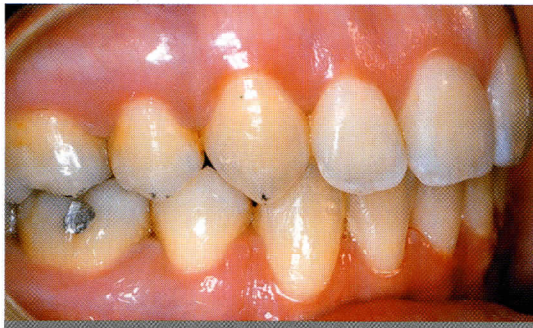
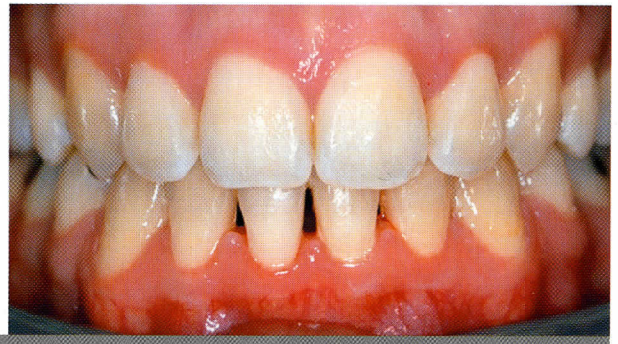


Fig. 9. Tratamiento de ortodondia con cuatro extracciones. Se trató la mordida abierta con pérdida de anclaje y la retrusión de los incisivos y los caninos. Se utilizó una contención temporal para favorecer la normalización del periodonto antes del ajuste oclusal final.



Fig. 10. Control del caso 15 años después, sin ningún tipo de contención. No se aprecian signos de recidiva. El periodonto está estable, así como la integridad de la anatomía oclusal. Existe un buen alineamiento dentario.

La casuística de 30 años de trabajo como ortodoncista, con un protocolo de trabajo bien definido al que le he incorporado el soporte tecnológico adecuado, me permite terminar mis tratamientos con un buen control oclusal y no dejar al paciente con contenciones permanentes, que no evitan las recidivas y le predisponen a problemas periodontales.

He comprobado que el grado de movimiento dentario no es un factor desestabilizante, como tampoco lo es el crecimen-

to residual del paciente que termina su tratamiento antes del fin del crecimiento. Los pacientes dolicofaciales tienen torques muy diferentes a los pacientes braquifaciales y, por lo tanto, la angulación que presentarán al final del tratamiento también será distinta.

Este artículo está fundamentado en mi experiencia como clínico, en la revisión permanente de la bibliografía y en la evaluación a largo plazo de un sinnúmero de pacientes tratados bajo el mismo protocolo. ■

Bibliografía

1. Dowson P. *Evaluación, diagnóstico y tratamiento de los problemas oclusales*. Salvat. 1991; 437-458.
2. Echeverri Guzmán E. *Neurofisiología de la oclusión*. Ed. Monserrat 1995; 257-264, 120-132.
3. Gregoret J. *Ortodoncia y Cirugía Ortognática, Diagnóstico y Planificación*. Espaxs. 1997; 93-108.
4. Gregoret J, Tuber E, Escobar H. *El tratamiento ortodóncico con Arco Recto*. NM ediciones. 2003; 236-244.
5. Manns A, Biotti J. *Manual Práctico de Oclusión*. Talleres Gráficos Claus Von Plate. 1999; 160-190.
6. Okeson J. *Oclusión y afecciones temporomandibulares*. Mosby/Doyma Libros. Tercera Edición. 1995; 2-26, 27-62.