

LA ORTODONCIA Y SU RELACIÓN CON LA REHABILITACIÓN ORAL

Autor: Dr. Leoncio Menéndez Mendez⁽¹⁾

INTRODUCCIÓN

En el presente siglo XXI de la globalización y la tecnología de punta, mucho se dice sobre tratamientos integrados en odontología, y esta frase es correcta, ya que para dar solución a un paciente se requiere del conocimiento de toda la ciencia especializada en rehabilitación bucal. Tanto la ortodoncia como la prótesis dental, son dos especialidades que realizan tratamientos de rehabilitación oral, la prótesis hace la rehabilitación mediante artificios protéticos y la ortodoncia hace rehabilitación bucal con la totalidad de las piezas dentarias naturales. Ambas especialidades requieren para sus procedimientos clínicos de protocolos estrictos y de conocimiento sobre oclusión. Para que esto se lleve a la práctica de manera armoniosa, debemos ponernos de acuerdo partiendo del principio de conservar los factores fijos y modificar los factores variables de la oclusión. Como se sabe, entre los factores fijos se encuentran: el ángulo de la eminencia, el eje intercondíleo, la relación céntrica, el ángulo y el movimiento de Bennet, el ángulo de Fisher; entre los factores variables se hallan la altura de las cúspides, la profundidad de las fosas, la curva de Spee, la curva de Wilson, dirección de los surcos y de los planos y rebordes marginales. Teniendo en cuenta estos factores como requisitos fundamentales de cualquier especialidad de la odontología, se podrá lograr una rehabilitación bucal completa.

ANTECEDENTES

La relación entre la ortodoncia y la rehabilitación están enfocados en casos de tratamientos de pacientes adultos, estos pacientes adultos que presentan problemas odontológicos son catalogados como candidatos para el tratamiento ortodóncico, para facilitar y mejorar el control de su patología bucal y la restauración de los dientes que faltan. Una de las características es la ausencia de crecimiento que significa la imposibilidad de modificar para tratarlas discrepancias maxilares. Y las únicas posibilidades son la movilización dentaria y la cirugía ortognática. En el presente artículo nos ocuparemos al respecto de la primera, y en otra oportunidad de la segunda.

En la actualidad existen diversas razones para realizar tratamientos de ortodoncia combinados con procedimientos restauradores como la prótesis dental máxilo facial, y éstas son las siguientes:

- * Manejo más efectivo, sofisticado y exitoso de los síntomas asociados con los trastornos cráneo mandibulares.
- * Aumento del interés de los pacientes y de los odontólogos restauradores por el tratamiento de los problemas de mutilaciones dentarias utilizando movimientos dentarios y restauraciones fijas, mejor que prótesis removibles.
- * Reducción de la vulnerabilidad a los fracasos periodontales como resultado de la mejora de las relaciones dentarias y de la función oclusal.

Los procedimientos clínicos de la especialidad de ortodoncia, se inician una vez que se ha desarrollado el protocolo de diagnóstico: como es el examen clínico, con modelos de estudio, radiografías extraorales (panorámica, cefalométrica, lateral, si fuese necesario la frontal), las fotografías extra e intraorales, con estos datos, llegamos a un sumario de diagnóstico y a establecer una lista de prioridades de objetivos de tratamiento (preferimos el objetivo visual de tratamiento OVT) y en este momento establecemos nuestro plan de tratamiento, lo que trae como consecuencia el establecer la secuencia de tratamiento y la aparatología a instalar correspondiente. En la mayoría de los casos preferimos la aparatología fija, sin embargo en algunos pocos casos elegimos aparatos removibles por corto tiempo y luego continuamos con la fija.

Una vez desarrollado el tratamiento que puede durar aproximadamente entre 3, 6, 9, 12, 15 o más meses se deberá continuar con el protocolo de tratamiento de prótesis dental y máxilo facial. Para simultáneamente, instalar los contenedores fijos o removibles según el caso clínico.

En la mayoría de los casos se deberán de realizar el Montaje en articulador semi-ajustable para el estudio de la oclusión del paciente. Continuar con la eliminación de puntos prematuros de contacto,

1 Profesor de la Universidad Mayor de San Marcos, Lima - Perú



y a continuación confección de coronas, rehabilitando la pieza dentaria, para anclaje.

Al final del tratamiento de ortodoncia se procederá a realizar procedimientos complementarios como son:

- Equilibración oclusal
- Confección de coronas y puentes, sobremodo en piezas mutiladas en pacientes adultos. Se evitará problemas de tipo periodontal, en tal caso se deberá:
 - Eliminar bolsas periodontales por inclinación de las piezas dentarias.
 - Enderezar molares inclinados.

Caso clínico

- ★ Paciente de sexo femenino, de 38 años de edad
- ★ Viene a la consulta por motivos estéticos y funcionales.



Fotografía frontal. Se observa apiñamiento dentario anterior mal posición dentaria



Fotografía oclusal. Se observa el arco superior completo con gincivias de 15, 25; vestibuloverción de 21, 12; palatoverción de 11, 22; mesioverción de 23.



Fotografía vista lateral, sector posterosuperior izquierdo extraído.

Examen clínico manifiesta mutilación de piezas dentarias, apiñamiento dentario y relación oclusal clase II de Angle.

Extracción del sector posterosuperior izquierdo.



Se instala aparatología fija con brackets slot 0,018" estéticos transparentes en el sector anterior y bandas con tubos triples en el sector posterior.



Se instaló un alambre trifiloso suave y con memoria, para el alineamiento dentario



Caso terminado. Al término del tratamiento se realizó la reconstrucción de los sectores laterales con puentes fijos tanto en el arco superior como superior.



Vista frontal. En el sector inferior izquierdo, se realizó un implante de titanio para realizar el puente respectivo.

CONCLUSIONES

1.- Son necesarias las interconsultas entre las diversas especialidades de la odontología para lograr que nuestros pacientes tengan la mejor atención de salud bucal.

2.- En caso que entablemos esta interconsulta entre las especialidades, debemos contar con el denomi-

nador común que es la oclusión, y ponernos de acuerdo en qué debemos modificar o conservar.

3.- Cada especialista en su campo, es una autoridad para llegar a los resultados esperados.

4.- El gran beneficiado de todo ello es el principal actor de nuestro servicio: el paciente.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- ACKERMAN. The Challenge of adult orthodontics. J. Clin. Or. 12: 43, 1978
- 2.- LEFITT, H.L. Adult orthodontics. J. Clin. Ortho. 5: 130. 1971.
- 3.- GRABER.- Consideraciones especiales en el tratamiento general de los adultos. Editorial Interamericana. Bs As. México, 1998.
- 4.- VANARSDALL, R.L. Music, D.R. Adult Orthodontics: diagnosis and treatment. In Graber and Swain BF. Editors. Orthodontics, current principles and techniques, St. Louis 1985. Mosby Year Book.
- 5.- OKESON, J. Tratamiento de oclusión y afecciones temporomandibulares.. 1999. Harcourt Brace Madrid.
- 6.- RICKETTS. Ortodoncia Bioprogresiva. Editorial Panamericana, 1994. Bs As.
- 7.- MENÉNDEZ. Relación Ortodoncia Prótesis: Verticalización de molares inferiores mesializadas a causa de pérdida prematura de piezas dentarias. Carta odontológica. Órgano informativo de la SPODMF Vol 3 N° 1 enero diciembre 1987
- 8.- MENÉNDEZ. Corrección de malposiciones dentarias en la dentición permanente antes de la prótesis. Carta odontológica Vol 33 N° 10 enero diciembre 1994
- 9.- MENÉNDEZ. Principios de la Terapia Bioprogresiva. Revista de la Facultad de Odontología de la UNMSM N 3 año 3 enero junio 1994
- 10.- SHERIDAN JJ. Air-rotor stripping and proximal sealants, J. Clinic Orthod. 23: 790-794, 1989.