

Conducta terapéutica ante tratamientos ortodóncicos condicionados por el paciente (Caso clínico)

BEATRIZ GRACIELA LOMBARDO

Cátedra de Clínica I de Prótesis.
Facultad de Odontología. Universidad de Buenos Aires.
Departamento de Ortopedia y Ortodoncia. Ateneo Argentino de
Odontología y Universidad Favaloro

resumen

El requerimiento de tratamientos ortodóncicos no derivados por el odontólogo generalista, es cada vez más frecuente dentro de la sociedad actual. La gran mayoría de los pacientes concurre a la consulta por necesidades puramente estéticas, y en menor frecuencia, la causa del requerimiento es por alteraciones funcionales. Esta demanda en adolescentes y adultos, viene acompañada de determinados condicionamientos, no siempre aceptables para el logro de un resultado ortodóncico satisfactorio. Mientras el odontólogo ortodontista apunta a la salud del sistema estomatognático, en un marco de armonía estética, el paciente requiere sólo la estética como resultado final, y también durante el tratamiento. Los tratamientos aceptados, sabiendo previamente que no se obtendrán todos los objetivos posibles de lograr, han pasado a llamarse en la jerga profesional "tratamientos de compromiso", con el paciente. Es motivo de este artículo remarcar hasta donde el profesional puede complacer las condiciones del paciente, y aceptar estos tratamientos.

abstract

Nowadays, many patients go to the dentist because of their aesthetic needs instead of their functional anomalies. This demand, mainly requested by teenagers and adults comes together with several requirements that generally have nothing to do with a satisfactory orthodontic result. While the dentist pays attention to health taking into account esthetic side during and after the treatment. These treatments which are accepted by the professional, knowing that the results are not the best, are called "deals".

The aim of this article is to highlight up to what extent can the dentist go to accomplish the patient's needs accepting these kind of treatments.

DESCRIPCIÓN DEL CASO CLÍNICO

Paciente de sexo femenino, adulta joven 20 años de edad, que ha recibido con anterioridad tratamiento ortodóncico insatisfactorio. La observación clínica indica una paciente biprotrusa, con armonía neutroclusal, y ligera mordida abierta. El tratamiento convencional de estos pacientes está orientado a la implementación de técnicas ortodóncicas con extracciones, para lograr todos los objetivos tanto estéticos como funcionales.

Demanda del paciente

Lograr comodidad oclusiva ya que siente una oclusión inestable, motivo que la lleva a realizar la consulta y, en un segundo término, mejorar la protrusión en el sector anterior.

Condicionamientos

No aparatologías fijas, sin tratamientos largos, sin extracciones. Con estas premisas se vuelve a realizar un estudio evaluando la posibilidad de realizar una segunda alternativa de tratamiento. El análisis del caso reúne los estudios clínico-funcional, de modelos, radiográfico y cefalométrico, para elaborar un diagnóstico final y un plan de tratamiento.

Estudio clínico funcional

La facies se presenta armónica, de tercios proporcionados y simétricos, con sonrisa gingival, perfil convexo y biprotrusión labial (Figuras 1 a 3).

Intrabucal: la línea media dentaria superior e inferior no son coincidentes entre sí, *overjet* aumentado y escaso *overbite*, interdigitación en los sectores posteriores con predominio de llaves en neutroclusión y ligeras alteraciones de los valles oclusales de ambos arcos, incongruentes entre sí en sus formatos (Figuras 4 a 6).



Figuras 1 a 3. Facies frente y perfil inicial



Figuras 4 a 6: Intrabuclal inicial.

Funcionalmente

Fatiga muscular de los músculos masticadores, mal funcionamiento de pterigoideos externos y puede detectarse la diferencia entre el primer contacto muscular y la máxima intercuspación.

Evaluando con papel de articular se denota la existencia de contactos prematuros: cúspides palatinas de molares superiores extruídas en el maxilar superior y rebordes marginal distal en 1° molar derecho y cúspides no fundamentales (linguales de 1° y 2° molar) en la mandíbula, que son salvados por la paciente por medio de una latero desviación en el último tramo de cierre.

Intervención de los músculos mentonianos para lograr el cierre bucal. Puesta en una posición centralizada, aumenta el *overjet*, se abre mucho más la mordida disminuyendo el *overbite* y se pierde un poco la interdigitación.

Estudio de modelos en mordida habitual

Suma incisiva: 33 mm. *Overjet*: 5 mm.

Overbite: 2 mm.

Estudio de radiografía panorámica

3° molar inferior izquierdo en senda dificultosa para su erupción.

Diagnóstico clínico funcional

En este primer diagnóstico jerarquizamos la centralización mandibular.

- Falta de centralización mandibular.
- Trayectoria lateral entre relación céntrica y oclusión céntrica.

El resto de los elementos mal oclusivos forman parte de una segunda etapa, que habrá que acordar con la paciente una vez logrado este primer tratamiento planificado en base a su demanda.



Figura 7: Alineación y nivelación.



Figura 9: Extrusión con arco de Ricketts.

1º Plan de tratamiento

- Colocación de un intermediario oclusal que permitió detectar luego en forma más precisa los puntos de contacto con papel de articular.
- Desgaste selectivo.

Teniendo en cuenta la importancia de la centralización se abordó un desgaste selectivo, de acuerdo con la opinión de Moyers que propone: “el desgaste selectivo no es sustituto para la ubicación meticulosa de los dientes. Puede, sin embargo minimizar la reacción del músculo a las interferencias oclusales, algunas de las cuales no pueden ser eliminadas con mecanoterapia.”

Con la nueva posición obtenida se realiza un nuevo diagnóstico. Se utilizaron elementos que contribuyeron a corroborar ese diagnóstico. Son ellos telerradiografía craneal de perfil y estudios cefalométricos. Se utilizaron las cefalometrías de Steiner y Schwartz.

Diagnóstico final

Obtenido desde la nueva posición centralizada y reuniendo todos los estudios realizados.

Presenta: Biprotusión dentaria, distoclusión alvéolo dentaria y basal por dirección, mordida abierta e incongruencia en el formato anterior de los arcos dentarios entre sí, en un marco esqueletal de divergencia.



Figura 8: Desgastes interproximales y cierres con espiras comprimidas y anclaje invertido.

Objetivos

Pueden lograrse los objetivos tanto estéticos como funcionales en una buena expresión, pero teniendo en cuenta las condiciones impuestas por la paciente, se le propone:

2º Plan de tratamiento

Rescindir los objetivos estéticos y organizar sus arcos dentarios, eliminar el escalón antero posterior y la mordida abierta, mediante la realización de desgastes interproximales y se acordó, colocar una aparatología fija de máxima sencillez, logrando los resultados en un corto lapso de tiempo.

Tratamiento y mecanoterapia

- Alineación y nivelación (Figura 7).
- Cierre del *overjet* con desgastes interproximales (Figura 8).
- Cierre de la mordida abierta con ligera extrusión (Figura 9).
- Ajuste de llaves caninas con gomas intermaxilares (Figuras 10 y 11).

Testeo de pruebas funcionales

- RC y OC.
- Protrusión y lateralidades derecha e izquierda.
- Retiro de aparatología fija y colocación de aparatología de contención removible, y nuevo testeo de aptitud funcional en la siguiente consulta (Figuras 12 a 14).

Análisis final

Facies

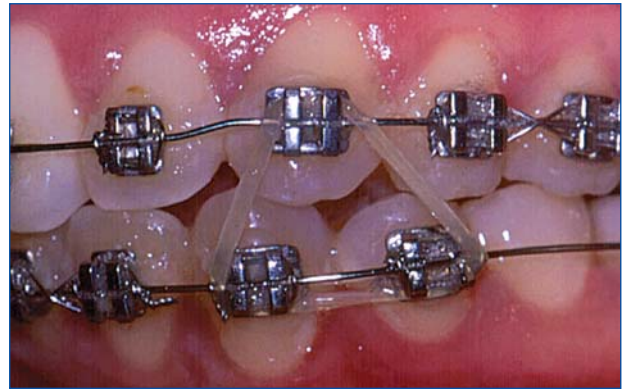
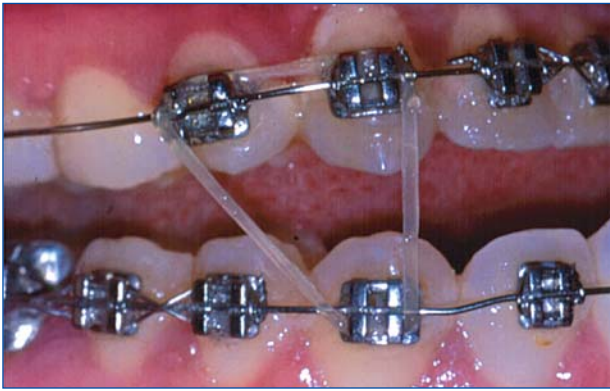
Según lo esperado solo cambió el Angulo nasolabial que puede verse en el perfil, ahora recto (Figuras 15 y 16).

Intrabucal

Obtención de líneas medias concordantes entre los dos arcos. Llaves caninas y molares en neutro, e interdigitación lateral.

Overjet: 2 mm. Overbite: 2.5 mm. Formato de arcos y valle oclusal congruente.

Cumplimentación de las condiciones de estabilidad: centralización mandibular, simetría, contactos mesio-



Figuras 10-11: Ajuste de caninos.



Figuras 12-14: Control funcional a distancia.

distales entre todas las piezas del arco dentario superior e inferior, valles oclusales armónicos para garantizar la correcta ubicación de la componente anterior de las fuerzas, contactos caninos en la disclusión, y equilibrio neuromuscular (Figuras 17 a 19).

Telerradiografía y cefalometrías

Las variaciones numéricas se nuclean en los valores de los incisivos con sus basales según lo esperado de acuerdo al tratamiento empleado.

Controles a distancia

Las condiciones de estabilidad se mantienen tanto dentaria como funcionalmente al año y a los tres años posteriores a la finalización del tratamiento y la paciente refiere haber logrado un mejor confort funcional (Figuras 20 a 24).

CONCLUSIONES

La evaluación y análisis de un caso clínico permite visualizar las pautas terapéuticas y éticas aceptables

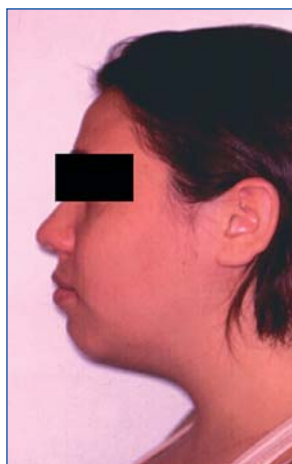


Figuras 15-16: Variación del ángulo nasolabial.



Figuras 17 a 19: Intrabucal finales.

Figuras 22 a 24: Control a distancia.



Figuras 20 y 21: Control a distancia.

para realizar tratamientos con limitaciones condicionadas por los pacientes.

Se reiteran las premisas básicas para aceptar o rechazar un tratamiento.

Es plausible realizar los mal denominados “tratamientos de compromiso”:

- Cuando se puede evaluar un pronóstico favorable.
- Cuando se pueden cumplimentar todos los requisitos funcionales protocolares.
- Cuando se pueda lograr una relación oclusal y una sonrisa compatible con una estética armónica.
- Cuando se puedan alcanzar los objetivos de estabilidad en el tiempo.



Figura 25: Inicial.



Figura 26: Centralizada.



Figura 27: Final inmediata.



Figura 28: Final a distancia.

- Cuando aunque queden estigmas estéticos no solucionados, como en este caso la bipostrusión, se encuentren dentro de los parámetros de normalidad aceptados por la sociedad y le hayan sido planteados al paciente y aceptados por él previamente (Figuras 25 a 28).

No se deben realizar:

- Con pronósticos dudosos o malos.
- Para sólo satisfacer al paciente.
- Cuando sólo se alinearan los dientes sin la presencia de otras premisas.
- Cuando no podemos llegar a cumplimentar todos los requisitos funcionales protocolares.
- Cuando no se puedan alcanzar los objetivos de estabilidad en el tiempo.

BIBLIOGRAFÍA

- 1) Moyers RE. *Manual de Ortodoncia*. Editorial Mundi. Primera edición. Buenos Aires, Argentina. 1976.
- 2) Proffit WR, Fields H. *Ortodoncia Teoría y Práctica*. Editorial Mosby. Segunda edición. Barcelona. España.
- 3) Gregoret J. *Ortodoncia y Cirugía Ortognática, Diagnóstico y Panificación*. Sección 2. Capítulo 5. Publicaciones Médicas. Barcelona.
- 4) Alonso A, Albertini J, Bechelli A. *Oclusión y diagnóstico en Rehabilitación Oral*. Capítulo 17. Editorial Panamericana. Buenos Aires, Argentina.
- 5) Seminarios de Ortodoncia. *Importancia de la estética facial en la ortodoncia*. Editorial Panamericana. Buenos Aires. Argentina. Volumen I, Número 2, 1995.
- 6) Le Bell Y, Niemi PM, Jamsa T, Kylmala M, Alanen P. Subjective reactions to intervention with artificial interferences in subjects with and without a history of temporomandibular disorders. *Acta Odontol Scand*. 64:59-63, 2006.