

ORTODONCIA EN ADULTOS

ADULT ORTHODONTICS

DRA. M ESTER HIDALGO B. (1), DRA. MARISA VARGAS I.(1), DRA. DANIELA CABRERA J. (1)

1. Departamento de Odontología, Ortodoncia. Clínica Las Condes.

Email: ortodoncia.cvh@gmail.com

RESUMEN

Existe la creencia de que los tratamientos de ortodoncia sólo se pueden realizar en adolescentes. Desde la década del 70, a nivel internacional y nacional cada vez más son los adultos que están dispuestos a tener frenillos para solucionar su problema. En este artículo se describe la motivación del paciente, indicaciones y contraindicaciones de tratamiento, limitación de los resultados, tipos de aparatos usados y se presentan casos clínicos. Se concluye que no existe límite de edad para realizar tratamientos de ortodoncia en adultos.

Palabras clave: Motivación, resultados, aparatos.

SUMMARY

There is a belief that orthodontic treatments are just for teenagers. Since the 70's the number of adult patients, all around the world, has increased enormously; they are willing to use braces to solve their problems. This article describes patient motivations, treatment indications and contraindications, result limitations, type of appliances and clinical cases. It is concluded that there are no age limits for orthodontic treatments.

Key words: motivation, results, appliances.

INTRODUCCIÓN

Al inicio de la ortodoncia, se generó el mito que sólo se podía hacer tratamiento en individuos en crecimiento; por lo tanto, se efectuaban hasta el

término de la pubertad. Esta idea fue desapareciendo paulatinamente a medida que los estudios sobre la fisiología del hueso fueron demostrando que los procesos de reabsorción y aposición ósea, fundamentales para el movimiento dentario, no desaparecían y estaban presentes durante toda la vida, aunque con una respuesta más lenta. Este paradigma impulsó a clínicos visionarios a comenzar a tratar pacientes adultos, fundamentalmente por necesidad de mejorar las condiciones que permitieran su posterior rehabilitación.

A partir de la década del 70, con el respaldo de los resultados obtenidos clínicamente y la estabilidad a largo plazo, estos tratamientos pasaron a ser cada vez más rutinarios, no sólo por necesidad funcional sino también estética. El adulto, a diferencia del niño y adolescente, presenta una serie de características que implica una mayor complejidad en las decisiones a tomar para su adecuado tratamiento, partiendo por la existencia de un espectro más amplio de grupo etario. En este artículo se revisará los diferentes aspectos a considerar antes de comenzar a tratar a pacientes de estas características. La presentación de casos clínicos permitirá apreciar dichas observaciones.

MOTIVO DE CONSULTA

Dado que el adulto asume personalmente la decisión de realizarse el tratamiento, es mucho más exigente que el niño, y necesita interiorizarse de por qué se debe realizar cada procedimiento y le gusta observar el progreso entre cita y cita.

Entre los 20 a 35 años el motivo de consulta más frecuente entre los pacientes es la estética, ya sea por una autoestima disminuida, necesi-

dad de sus relaciones sociales o simplemente que por diversas razones no fueron tratados en la adolescencia. El hecho de incorporarse al campo laboral hace que algunas personas estén expuestas a mayores exigencias en la presentación personal y por lo tanto, la sonrisa pasa a ser un factor importante de posible selección en un medio cada vez más competitivo. Esta presión a la cual se sienten sometidos, hace que muchos de ellos se creen expectativas muy altas y poco realistas del resultado a obtener razón por la cual el profesional tendrá que tener cuidado en explicar claramente las limitaciones del resultado y planificar un tratamiento con objetivos alcanzables.

En el siguiente grupo etario, de los 40 años en adelante, las razones son más variadas: estética, coadyuvante a otros tratamientos dentales, problemas periodontales, etc. Estos pacientes son los que presentan las situaciones más complejas a solucionar y que, normalmente deben ser abordados por un equipo multidisciplinario de especialistas, que generalmente incluyen al ortodontista, periodoncista y rehabilitador (1, 2).

ELEMENTOS DE DIAGNÓSTICO

Al igual que en toda disciplina médica, antes de instaurar un tratamiento es necesario realizar un diagnóstico. En ortodoncia, los análisis de rutina que se usan para tal efecto son:

- Anamnesis y examen clínico
- Fotos intraorales y extraorales
- Exámenes radiográficos de rutina: Rx panorámica, Rx retroalveolar total y Ttleradiografía de perfil. Esta última se analiza evaluando las características esqueléticas y la posición de las piezas dentarias respecto a su hueso. Este examen es uno de los que permite determinar algunos factores limitantes del resultado.

Hay situaciones en las que se necesitan exámenes radiográficos más específicos como Tomografía de articulación temporomandibular (ATM), para evaluar el estado de esta articulación, o de los maxilares, para evaluar la cantidad y calidad del hueso presente.

- Modelos de yeso montados en articulador, para evaluar las relaciones estáticas y dinámicas funcionales de los maxilares.

Cuando la situación lo amerita, el estudio del paciente puede complementarse con otros procedimientos o exámenes, como:

- Estudio segmentado de los modelos (set-up) para evaluar las posibles soluciones. En la actualidad, estas simulaciones pueden ser realizadas de manera virtual, lo que facilita la comunicación entre paciente y profesional.
- Si el paciente presenta una asimetría facial o es difícil de manipular la mandíbula, surge la sospecha de una relación más alterada de las arcadas de lo que se muestra en clínica. Para esto, se indica el uso de un plano deprogramador para lograr una posición más confiable y, por lo tanto, un diagnóstico adecuado (3).

PLAN DE TRATAMIENTO

El plan de tratamiento de cada paciente debe basarse en los objetivos

de tratamiento a lograr, que en ortodoncia son: Estética facial, estética dental, oclusión funcional, salud periodontal, estabilidad del resultado y expectativas del paciente (3). Estos objetivos en un paciente adulto, que presenta ausencia de algunas piezas dentarias, difieren de los del paciente adolescente o adulto joven con todos sus dientes sanos. Es casi imposible lograr un resultado final correcto si no se han identificado las metas y objetivos apropiados antes de comenzar el tratamiento. Por esto es muy importante establecer el plan de tratamiento óptimo para cada paciente y determinar el orden de prioridades sobre la base de la Lista de Problemas, la que a su vez debe guardar relación con la elección del tipo de mecánica a usar y los pasos clínicos deben seguir un orden para optimizar los resultados.

Antes de iniciar el tratamiento ortodóncico, es necesario el control de cualquier patología activa presente en el paciente, ya sea de tipo periodontal, como presencia de caries y patología pulpar. A su vez, la rehabilitación con coronas, puentes, o implantes deben quedar para después de terminado el tratamiento; idealmente trabajar sobre provisorios, ya que las relaciones oclusales variarán inevitablemente tras la movilización ortodóncica de los dientes.

En general, los pacientes del primer grupo etario, entre 25 a 30 años, no presentan grandes diferencias en cuanto a los planes de tratamiento a desarrollar comparados con los adolescentes, puesto que sus tejidos (óseos, periodontales y dentarios) están en buenas condiciones, y más aún que ya no existe la variable a considerar de un posible remanente de crecimiento, lo que excluye toda terapia ortopédica funcional.

Distinta es la situación en el segundo grupo mencionado, mayores de 40 años, ya que suelen tener variados problemas, por lo cual es importante trabajar en equipo con los distintos especialistas involucrados a fin de instaurar el tratamiento adecuado en función de las distintas necesidades, como a sí mismo determinar el orden de acción de los tratantes.

Para poder movilizar las piezas dentarias es indispensable que el tejido óseo y periodontal, aunque disminuido, esté sano. El periodoncista y ortodontista se mantendrán constantemente en comunicación a fin de controlar el estado de dichos tejidos y prevenir recidivas de la enfermedad periodontal que impidan continuar el tratamiento. En estos casos será necesario parar en aplicar fuerzas hasta recibir el informe de la nueva condición de salud del paciente. No es la edad cronológica del paciente la que se debe tener en cuenta, sino la edad de su periodonto y su inserción para determinar la posibilidad de realizar o no movimientos dentarios.

Cuando existen problemas en la articulación temporomandibular, no es recomendable iniciar el tratamiento mientras el especialista no informe que está estabilizada y sin sintomatología dolorosa. En algunas ocasiones, mientras se movilizan las piezas dentarias, éstas ocupan transitoriamente posiciones inadecuadas que pueden gatillar nuevamente el

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/3830334>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/3830334>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)