

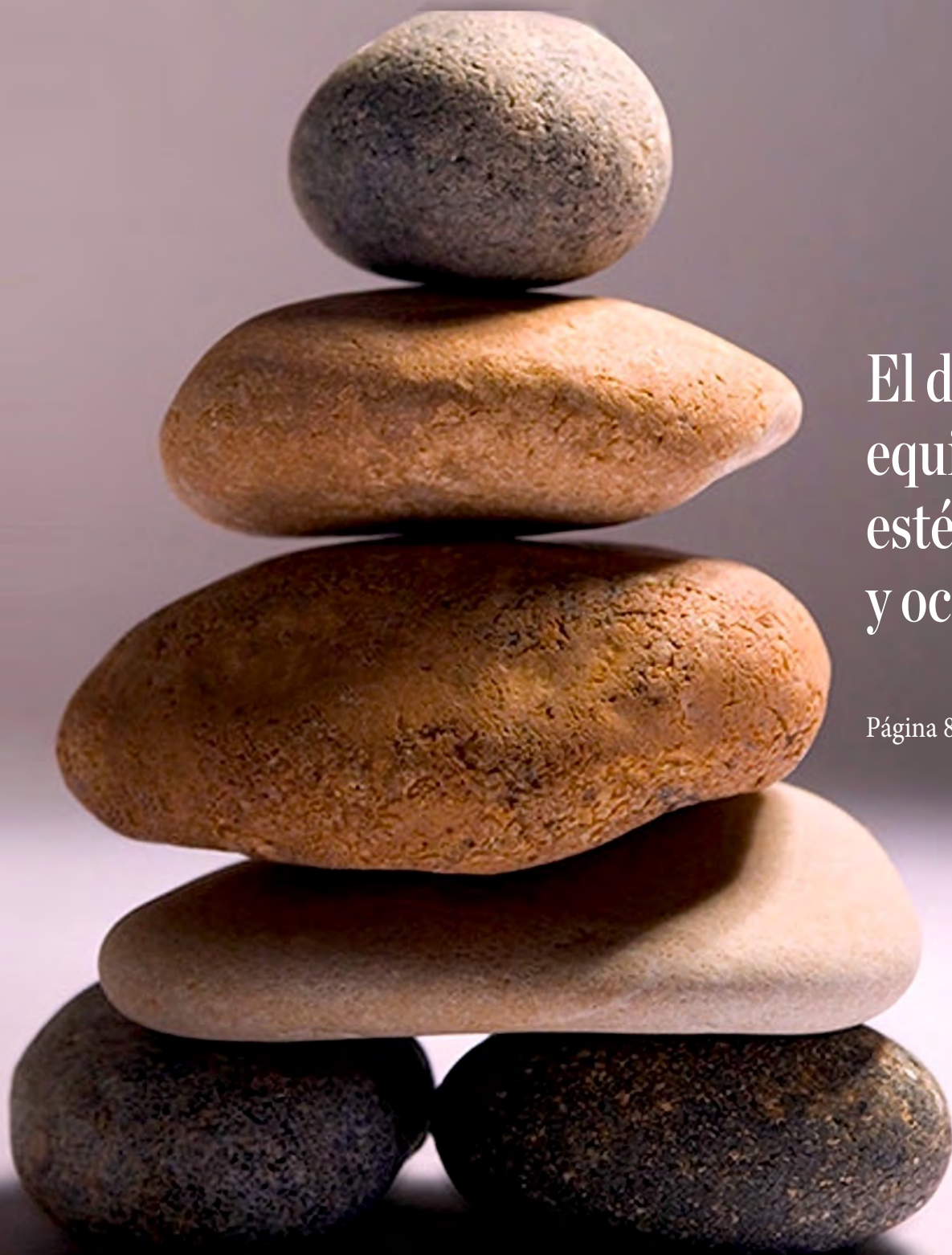
DENTAL TRIBUNE

The World's Dental Newspaper 

EDICIÓN ESPAÑA

es.dental-tribune.com

Vol. 18, No. 2, 2023



El difícil
equilibrio entre
estética, función
y oclusión

Página 8



El reto de la retención en ortodoncia

• ¿QUÉ ODONTÓLOGOS PUEDEN UTILIZAR BOTOX? • EL PAPEL DE LA CONSULTA DENTAL
EN LA CESACIÓN TABACO • TRATAMIENTO PERIODONTAL CON HIDROGEL DE COLÁGENO

Por Consejo General de Dentistas de España

Con el objetivo de complementar la información publicada en el Libro Blanco 2020, elaborado con datos previos a la pandemia, el Consejo General de Dentistas y la Fundación Dental Española han analizado la influencia de la pandemia por Covid-19 en varios aspectos de la población, como sus hábitos de higiene bucodental, el estado de su salud oral, la utilización que se hace de los servicios bucodentales y el posible impacto económico actual. Así, este [Libro Blanco 2023: Encuesta poblacional de la salud bucodental en la España postpandemia Covid-19](#), revela importantes datos obtenidos tras entrevistar a más de mil personas mayores de 18 años.

El 12% de los encuestados afirma preocuparse más por el estado de su salud oral que antes de la pandemia, y un 67% reconoce tener algún problema bucodental frente al 57% de la encuesta publicada en 2020.

Durante el periodo pandémico (2020-2021) se produjo un agravamiento de la percepción global de los problemas bucodentales en 2 de cada 10 encuestados (17%), como caries sin tratar, sensibilidad dental, encías que sangran y bruxismo. En concreto, esta patología se ha incrementado notablemente, pasando del 6% en 2019 al 23% en la actualidad. Esto se debe a la ansiedad y el estrés que vivió la población durante la pandemia.

Visitas al dentista

El 31% de los encuestados redujo la frecuencia de las visitas al dentista durante la pandemia y el 77% de

La pandemia multiplica el bruxismo

El Consejo General de Dentistas y la Fundación Dental Española presentaron el Libro Blanco 2023: Encuesta poblacional de la salud bucodental en la España postpandemia Covid-19, una de cuyas conclusiones es que la ansiedad y el estrés provocado por la pandemia ha incrementado ha sido el bruxismo del 6% en 2019 al 23%.

Foto: CGDE

las causas esgrimidas para no ir a consulta durante ese periodo están directamente relacionadas con el coronavirus, entre otras, miedo al contagio.

En el caso de los menores, el 55% visitó al dentista en 2019, una cifra que se redujo al 39% durante la pandemia.

Globalmente, el 8% de las personas entrevistadas no ha recuperado su frecuencia habitual de visitas al dentista en el periodo postpandémico (a partir de 2022). Cabe destacar que la actual crisis económica y el alza de la inflación son posibles causas de la retracción detectada. Al comparar los datos del Libro Blanco 2023 con los del Libro Blanco 2020, se evidencia que los factores económicos eran citados entonces por el 24% de los encuestados que no acudían al dentista, mientras que ahora esa cifra se eleva al 36%. Por lo tanto, el miedo al contagio y la pérdida de poder adquisitivo se han solapado, propiciando un menor uso de los servicios odontológicos.



El Dr. Oscar Castro, presidente del Consejo General de Dentistas, y el Dr. Francisco García, de la Fundación Dental Española, durante la presentación de la Encuesta poblacional de la salud bucodental en la España 2023.

Aunque la cifra de encuestados que acudieron al dentista el año pasado es del 52%, la realidad apunta a una disminución del volumen de trabajo y, en determinados casos, los tratamientos demandados se corresponden con una atención más básica que los de la etapa prepandémica, cuando

eran más complejos.

El Dr. Óscar Castro, presidente del Consejo General de Dentistas, declara que gracias a este Libro Blanco 2023 "podemos disponer de una radiografía actualizada de diferentes aspectos que están relacionados con

la salud bucodental en España". Asimismo, considera que los datos empiezan a ser optimistas, "pues se están empezando a recuperar cifras de 2019, aunque permanece la incógnita de cómo va a evolucionar la demanda dental en los próximos meses, debido a las condiciones económicas".

Lanzan un innovador hidrogel de colágeno para bolsas periodontales

H42 es un hidrogel de colágeno en jeringa creado por Bioteck Spa (Arcugnano, Vicenza, Italia), que tiene una función coadyuvante en el tratamiento de las bolsas periodontales y periimplantarias. Su acción principal es sellar la bolsa adaptándose perfectamente a su geometría e impedir la recolonización bacteriana durante 15-30 días, reabsorbiéndose posteriormente sin dejar residuos.

De origen biológico y sin componentes agresivos, gracias a su componente de colágeno que actúa como sustrato para la colonización de las células, H42

crea un entorno favorable a la cicatrización natural del tejido del paciente.

H42 se creó gracias a Exur-Teck, un proceso tecnológico innovador único desarrollado por Bioteck, que permite combinar componentes naturales, como el colágeno de origen equino, con polímeros reabsorbibles y cantidades auxiliares de ácido ascórbico con función viscomoduladora. El H42 puede administrarse a través de una amplia gama de agujas (Gauge 22-27, con orificios múltiples, único, lateral o frontal) entre las más utilizadas en las consultas dentales, gracias a sus

peculiares características de fluidez y consistencia. No requiere condiciones especiales de almacenamiento y transporte, está listo para su uso y la conexión luer lock permite una combinación fácil y segura de la aguja.

El tratamiento con H42 es mínimamente invasivo. Se realiza tras el desbridamiento con instrumentación mecánica del elemento a tratar, ya sea un elemento dental o un implante. El H42 se inyecta en el lugar que se debe mantener en seco, empezando por el fondo de la bolsa.

—Bioteck



El hidrogel de colágeno en jeringa H42 es efectivo como coadyuvante en el tratamiento de las bolsas periodontales y periimplantarias.

Foto: Bioteck

IMPRINT INTERNATIONAL HEADQUARTERS

PUBLISHER AND CHIEF EXECUTIVE OFFICER:
Torsten Oemus

CHIEF CONTENT OFFICER:
Claudia Duschek

Dental Tribune International GmbH
Holbeinstr. 29, 04229 Leipzig, Germany
Tel.: +49 341 4847 4302
Fax: +49 341 4847 4173

General requests: info@dental-tribune.com
Sales requests:

mediasales@dental-tribune.com
www.dental-tribune.com

Material from Dental Tribune International GmbH that has been reprinted or translated and reprinted in this issue is copyrighted by Dental Tribune International GmbH. Such material must be published with the permission of Dental Tribune International GmbH. **Dental Tribune** is a trademark of Dental Tribune International GmbH.

All rights reserved. © 2023 Dental Tribune International GmbH. Reproduction in any manner in any language, in whole or in part, without the prior written permission of Dental Tribune International GmbH is expressly prohibited.

Dental Tribune International GmbH makes every effort to report clinical information and manufacturers' product news accurately but cannot assume responsibility for the validity of product claims or for typographical errors. The publisher also does not assume responsibility for product names, claims or statements made by advertisers. Opinions expressed by authors are their own and may not reflect those of Dental Tribune International GmbH.

dti Dental Tribune International



EDICIÓN ESPAÑA
es.dental-tribune.com

PUBLISHER & EDITOR IN CHIEF
Javier Martínez de Pisón
j.depison@dental-tribune.com

GRAPHIC DESIGN
Jesús Eduardo Sanín Tordecilla
www.behance.net/eduardosanin

PORTADA:
En la Odontología, como en nuestra imagen de portada, el equilibrio entre la función y la estética es fundamental. Foto: Unsplash

Tratamientos con microfillers y botox

Los médicos y los dentistas son los únicos profesionales cualificados para realizar tratamientos de carácter estético o terapéutico con ácido hialurónico o toxina botulínica.

Los Consejos Generales de Dentistas y Médicos firmaron un convenio para impulsar asuntos de interés para ambos colectivos destinados a solucionar temas como el aumento de casos de intrusismo en el ámbito de los tratamientos estéticos, particularmente, los de índole facial.

El convenio expone que los médicos y los dentistas son los únicos profesionales con competencias y atribuciones para la realización de determinados tratamientos con carácter estético o terapéutico mediante el uso de microfillers (ácido hialurónico) o toxina botulínica dentro de sus respectivos campos de actuación.

Actualmente, en el caso de los dentistas, los medicamentos con toxina botulínica solo pueden ser utilizados, con carácter general, para tratamientos contra la sialorrea crónica en adultos y niños. Y ello, porque en la actualidad no existen medicamentos con toxina botulínica que contengan en su ficha técnica indicaciones en el campo de actuación del dentista, salvo para el caso indicado. Por eso, para las demás indicaciones terapéuticas o estéticas de la toxina botulínica, el único profesional con capacidad para su utilización son los médicos.

Hoy en día, se conocen nuevas aplicaciones terapéuticas de la toxina botulínica para casos de afecciones de la articulación temporomandibular, bruxismo y rechinar, dolores orofaciales o sonrisas gingivales. Se ha demostrado la utilidad de esta sustancia para tratar estos casos clínicos y en algunos países como Estados Unidos está permitido su uso por profesionales sanitarios. Pero en España, por ahora, no existe ningún medicamento con toxina botulínica autorizado para estos casos.

Por otro lado, el ácido hialurónico puede ser aplicado por dentistas dentro de su campo de actuación, como pueden ser los labios o mejillas y partes anatómicas de la boca como sus paredes anteriores y laterales. Sin embargo, en todos los posibles usos que excedan de lo llamado comúnmente "tercio inferior de la cara", los médicos serán los únicos

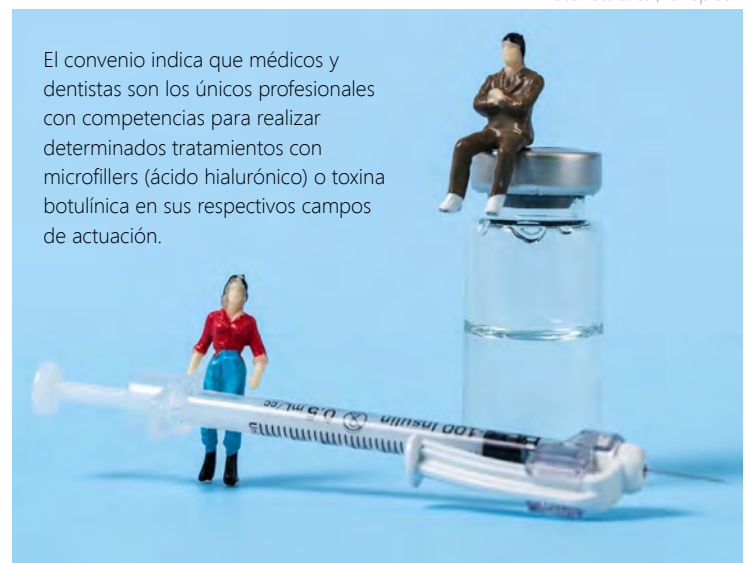
profesionales con capacidad y atribuciones para la utilización de medicamentos con ácido hialurónico.

Desde el Consejo General de Dentistas se recuerda a los pacientes interesados en estos tratamientos que deben comprobar la titulación del profesional que

va a aplicar estos medicamentos, para tener la certeza de que están en manos de profesionales que cuentan con las competencias adecuadas y las atribuciones legales para tal fin.

—Consejo General de Dentistas de España

Foto: etactics / unsplash



El convenio indica que médicos y dentistas son los únicos profesionales con competencias para realizar determinados tratamientos con microfillers (ácido hialurónico) o toxina botulínica en sus respectivos campos de actuación.

Publicidad

NUEVO PRODUCTO

H42[®] INNOVADOR HIDROGEL DE COLÁGENO

H42[®] es el innovador hidrogel de colágeno con propiedades biológicas, consistencia, maleabilidad y adhesividad controladas, lo que asegura la perfecta adaptación a la geometría del espacio en el que se aplica.

PARA EL TRATAMIENTO DE BOLSAS PERIODONTALES Y PERIIMPLANTARIAS

PORQUÉ H42[®] ES UN PRODUCTO ÚNICO

ADHERENCIA PERFECTA A LOS TEJIDOS

EVITE LA COLONIZACIÓN BACTERIANA

ES REABSORBIBLE

PROMUEVE LA CURACIÓN

BIOTECK[®] www.bioteck.com Mira el folleto H42[®]

El tratamiento de las bolsas periodontales con un hidrogel de colágeno

Los 10 pacientes tratados no tenían enfermedades sistémicas y presentaban los siguientes parámetros periodontales: una profundidad de bolsa (PPD) media de $7,4 \pm 1,2$ mm, un índice de placa (IP) medio de $1,7 \pm 1$ y un CAL de $7,8 \pm 1,4$ mm. Tras el desbridamiento mecánico, la zona se mantuvo seca durante la aplicación del hidrogel, que se extruyó directamente de la jeringa a través de una aguja adecuada, comenzando desde el fondo de la bolsa y llenándola hasta rellenar el defecto. En este punto, el sitio se mantuvo seco durante 5 minutos utilizando un aspirador quirúrgico y el paciente fue dado de alta sin ninguna restricción en la higiene oral y la nutrición. Los pacientes tratados de esta forma mostraron una aceleración de la cicatrización de los tejidos gingivales y una reducción de la inflamación tisular, ya a los 7 días.

El seguimiento a los 90 días mostró una mejora en todos los parámetros periodontales, con una reducción de la PPD de unos 4 mm, del PI a 1,2 y del CAL a unos 2,5 mm.



Nicola De Rosa

Odontólogo que ejerce en Nápoles

Giulio Papa

Odontólogo que ejerce en Caserta

Giacomo Tarquini

Odontólogo que ejerce en Roma

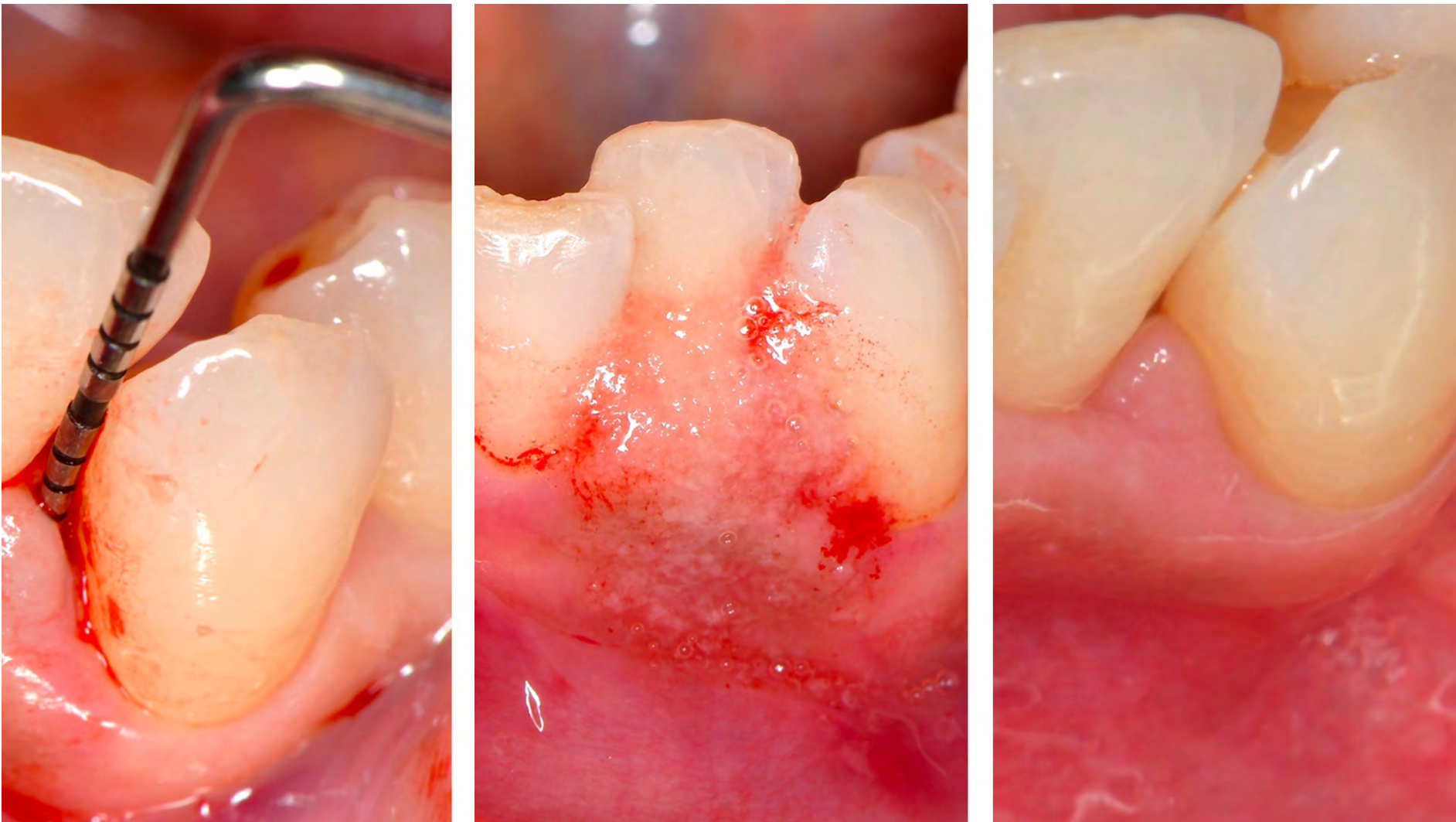
Este artículo presenta 10 casos clínicos de tratamiento no quirúrgico de bolsas periodontales. En todos los casos, se aplicó un nuevo hidrogel de colágeno tras el desbridamiento y alisado radicular de los elementos implicados utilizando insertos ultrasónicos específicos y curetas manuales. Los tratamientos fueron muy efectivos para eliminar bolsas periodontales.

Introducción

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria crónica multifactorial que afecta aproximadamente a 150 millones de personas en Europa¹. Su causa desencadenante es la acumulación de biofilm bacteriano que, junto con la respuesta inmunitaria del organismo, conduce al desprendimiento progresivo del epitelio gingival del diente^{2,3}. Esto provoca la formación de bolsas periodontales y el consiguiente daño en el hueso alveolar, una afección que si no se trata adecuadamente puede conducir a la pérdida de los dientes afectados⁴.

Para prevenir y detener la progresión de la enfermedad periodontal, el primer paso es el tratamiento no quirúrgico mediante el tallado de las raíces para eliminar las bacterias y la placa formada. Este procedimiento se considera el estándar de oro de la terapia periodontal no quirúrgica⁵ y favorece la cicatrización de las bolsas.

Pasa a la página 5



Secuencia de tratamiento que muestra una clara mejoría de las bolsas periodontales mediante el tratamiento con hidrogel de colágeno.



Figura 1. El hidrogel de colágeno H42 se presenta en jeringas equipadas con un accesorio luer lock macho para ser acoplado a la aguja más adecuada.

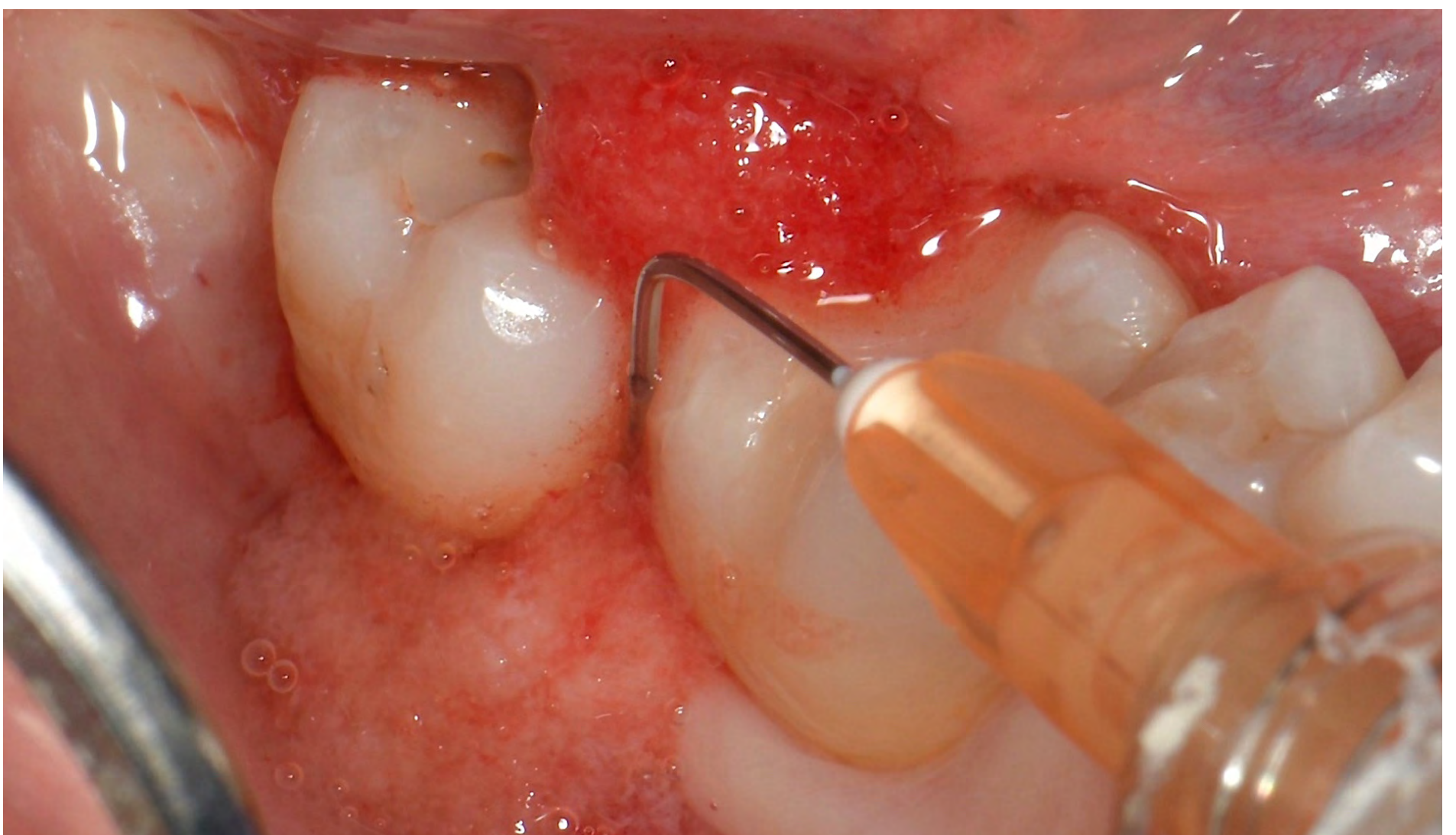


Figura 2. El H42 se aplica desde el fondo de la bolsa periodontal hasta llenarla por completo.

Viene de la página 4

Sin embargo, es frecuente observar un recrudecimiento de la infección y, por tanto, la necesidad de un tratamiento adicional. Esto ha llevado al uso de productos coadyuvantes que se aplican tras el desbridamiento mecánico, como antibióticos y sustancias bactericidas. Aunque estos procedimientos han demostrado ser superiores al tratamiento mecánico por sí solo, en el caso de los antibióticos existe un problema relacionado con el desarrollo de bacterias resistentes y los posibles efectos secundarios; en cuanto a las sustancias bactericidas, como la clorhexidina, hay que destacar que también pueden tener efectos negativos sobre la flora bacteriana oral y crear así una disbiosis que puede favorecer la aparición de enfermedades dentales⁶.

El objeto de este artículo es evaluar



Figura 3. Vista frontal del defecto inicial. Los tejidos aparecen edematosos, la papila interdental está hinchada y despegada de las superficies de los dientes contiguos.

los resultados clínicos obtenidos en 10 pacientes tras la utilización de un nuevo hidrogel de colágeno como complemento del tratamiento mecánico de las bolsas periodontales con el fin de prevenir la recolonización bacteriana y favorecer la cicatrización de los tejidos.

Casos clínicos

Los 10 pacientes no tenían ninguna enfermedad sistémica y padecían periodontitis, con una gravedad que oscilaba entre el grado II y el grado IV. Nueve bolsas periodontales eran intraóseas, mientras que otra bolsa estaba asociada a una lesión endoparodontal. Los parámetros periodontales iniciales fueron: profundidad de bolsa (PPD) = $7,4 \pm 1,2$ mm, nivel de inserción clínica (CAL) = $7,8 \pm 1,4$ mm e índice de placa (IP) = $1,7 \pm 1$.

Pasa a la página 6

Viene de la página 5

Se evaluó la inflamación de los tejidos de las zonas tratadas en una escala de 1 a 4, subdividida del siguiente modo: 1 (muy inflamado), 2 (moderadamente inflamado), 3 (inflamación leve), 4 (tejido no inflamado). En la primera visita, el nivel de inflamación se distribuyó de la siguiente manera: 4 pacientes presentaban un alto grado de inflamación, 3 pacientes un grado medio, 2 pacientes un grado leve y 1 paciente no presentaba inflamación.

El dolor percibido por el paciente se midió mediante la escala NRS (escala del 1 al 10) y en la primera visita fue de una media de $3,9 \pm 2,4$.

También se realizaron controles para evaluar el estado de cicatrización de los tejidos blandos utilizando una escala del 1 al 4 de la siguiente manera: 1 (sin cicatrización), 2 (capa de fibrina visible), 3 (cicatrización avanzada), 4 (tejido cicatrizado).

Todos los pacientes fueron sometidos inicialmente a raspado subgingival y alisado radicular utilizando insertos ultrasónicos específicos y curetas manuales. Posteriormente, las bolsas se rellenaron con un nuevo hidrogel de colágeno en una jeringa (H42, Bioteck; Fig. 1) contiene colágeno tipo I, polímeros de alto peso molecular y cantidades auxiliares de vitamina C para optimizar la reología. El producto se aplicó utilizando agujas romas para irrigación de bolsas periodontales con Gauge entre 20 y 25, comenzando desde el fondo de la bolsa periodontal hasta su completo llenado (Fig. 2). Durante la extrusión del producto y los 5 minutos siguientes (tiempo de "fraguado"), la zona se mantuvo seca mediante succión quirúrgica. Durante este tiempo, el producto se volvió más pegajoso, manteniendo al mismo tiempo un

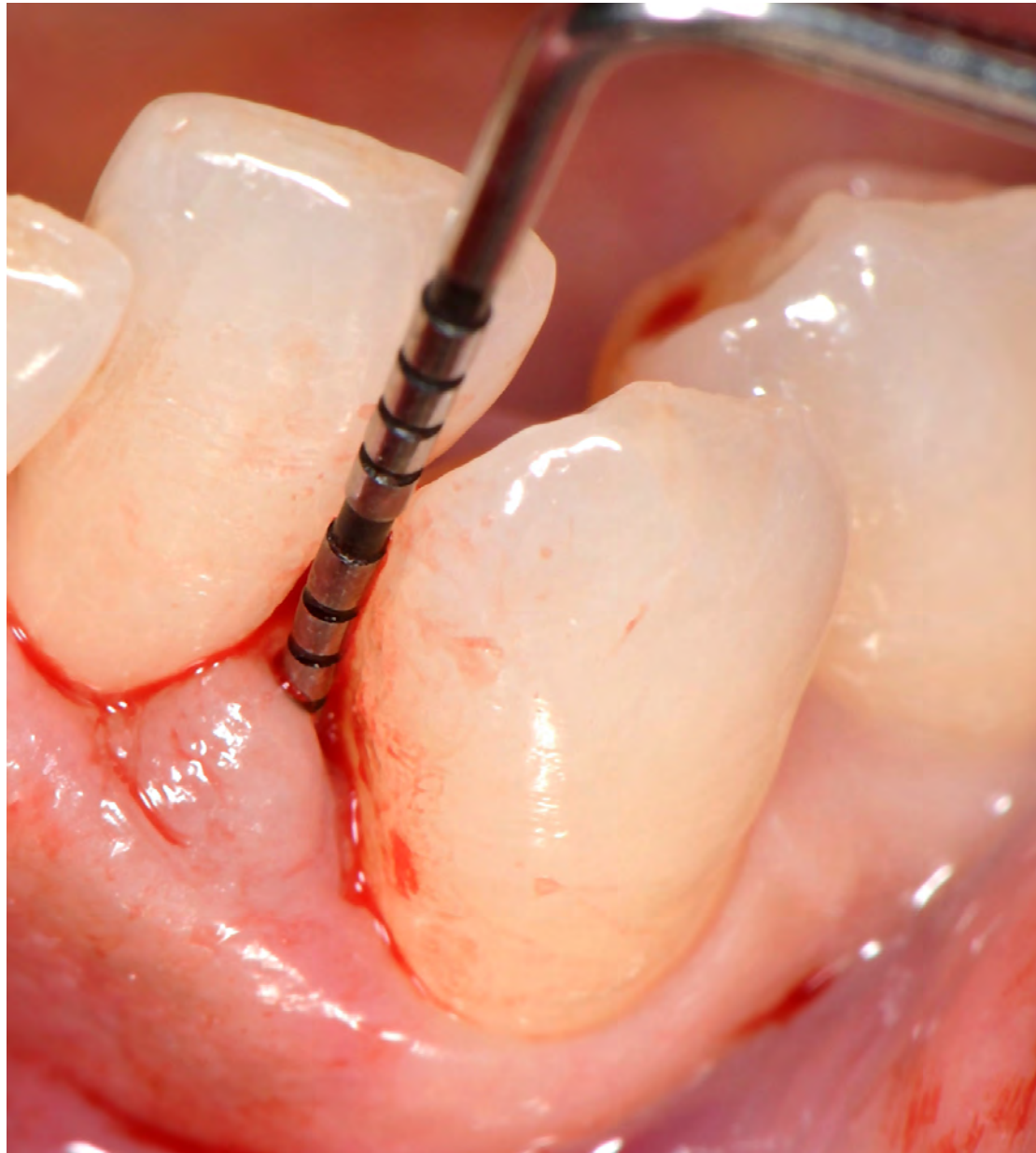


Figura 4. Sondaje periodontal. PPD de 6 mm y CAL de 7 mm para el diente 33.

El nuevo hidrogel de colágeno H42 es eficaz para promover la cicatrización de la bolsa periodontal, reduciendo su profundidad promoviendo la regeneración del epitelio gingival alrededor del diente y cerrando las bolsas periodontales.

aspecto líquido, de modo que se optimizó la adhesión a los tejidos conjuntivos. En los días posteriores al tratamiento, los pacientes no tuvieron que observar ninguna precaución especial en la higiene dental ni en la dieta.

Los controles cualitativos (nivel de inflamación, nivel de cicatrización de los tejidos y dolor) se realizaron semanalmente durante el primer mes y después a los 3 meses.

Se realizaron mediciones periodontales en los controles de 30 y 90 días.

A los 7 días de seguimiento, el grado de inflamación había disminuido: 4 pacientes estaban libres de inflamación, 5 pacientes tenían un grado de inflamación leve y sólo uno tenía un grado de inflamación medio. 7 pacientes presentaban un grado avanzado de cicatrización tisular, mientras que en 3 pacientes los tejidos estaban completamente cicatrizados. El dolor era casi inexistente en todos los pacientes (media NRS $1,7 \pm 1,3$).

El seguimiento posterior a los 14 días mostró una mayor reducción de la inflamación, con 8 pacientes libres de inflamación y 2 pacientes con inflamación leve. La cicatrización de los tejidos también mostró una mejora adicional: 5 pacientes se encontraban en una fase de cicatrización avanzada y 5 estaban completamente cicatrizados. Asimismo, el dolor desapareció por completo en todos los pacientes (NRS 1).

El seguimiento a 30 días mostró que los tejidos de todos los pacientes estaban cicatrizados y libres de inflamación. Los parámetros periodontales también habían mejorado: PPD en $4,8 \pm 1,5$ mm, CAL en $6,5 \pm 2,6$ mm y PI en $1,4 \pm 2$. En ningún caso se observó una recurrencia de la infección.

Pasa a la página 7



Figura 5. Fase de fraguado del hidrogel de colágeno H42. La zona debe mantenerse seca durante 5 minutos tras la aplicación para favorecer la adhesión del tejido. El producto se coloca hasta llenar completamente la bolsa, hasta que rebalse.



Figura 6. Vista oclusal del defecto tratado a los 7 días de seguimiento. Obsérvese la ausencia de inflamación y el tejido cicatrizado.

Viene de la página 6

El seguimiento a los 90 días mostró una mejora adicional de los parámetros periodontales: la PPD disminuyó a $3,7 \pm 1,2$ mm, la CAL disminuyó a $5,5 \pm 2,5$ mm y el PI fue de $1,2 \pm 0,8$. En ningún caso se observó una recurrencia de la infección.

En las figuras 3-8 se presenta un caso clínico que ilustra lo anterior.

Conclusiones

La periodontitis es una enfermedad inflamatoria multifactorial causada por el biofilm sintetizado por bacterias patógenas que desencadena una respuesta inmunitaria que daña progresivamente el epitelio conectivo. Esto conduce a la formación de bolsas periodontales y a la posible afectación del hueso alveolar. Por lo tanto, es importante intervenir precozmente para detener la progresión de la enfermedad periodontal y fomentar la regeneración natural de los tejidos.

El procedimiento estándar implica el desbridamiento mecánico para eliminar el biofilm bacteriano⁵, que provoca una inflamación que daña el tejido gingival. Sin embargo, uno de los retos más difíciles es mantener limpio el lugar tratado sin perturbar el proceso regenerativo natural, que tarda unas 4 semanas en completarse^{7,8}. Varios productos de acción local ejercen su función mediante antibióticos y/o sustancias bactericidas que, aunque son eficaces contra la reinfección bacteriana, pueden interferir en el proceso natural de regeneración de los tejidos.

Por otra parte, el colágeno es la proteína que compone la mayoría de los tejidos conectivos (incluido el tejido gingival) y su suministro proporciona un andamiaje para la proliferación de fibroblastos y células implicadas en la regeneración del tejido periodontal.

Esta serie de casos muestra que el uso del nuevo hidrogel de colágeno H42 compuesto de colágeno de tipo I, polímeros de alto peso molecular y cantidades auxiliares de vitamina C, es eficaz para promover la cicatrización de la bolsa periodontal, reduciendo la profundidad de la bolsa en unos 4 mm, disminuyendo la CAL en unos 2,5 mm y reduciendo el índice de placa a aproximadamente 1 hasta los 3 meses de seguimiento.

Además, se observó una aceleración de la cicatrización tisular, así como una reducción de la inflamación, solo 7 días después de la aplicación de H42. El hidrogel ejerció su función oclusiva, impidiendo la recolonización bacteriana y, al mismo tiempo, el colágeno proporcionó el andamiaje necesario para que los fibroblastos colonizaran el defecto y promovieran la regeneración del epitelio gingival alrededor del diente, cerrando así las bolsas periodontales. No se observaron efectos secundarios.

Nota editorial: ver referencias en es.dental-tribune.com



Figura 7. Vista frontal del defecto tratado a los 30 días de seguimiento. Los parámetros periodontales mejoraron: PPD de 3 mm y CAL de 4 mm. El aspecto clínico de los tejidos mejoró significativamente (A). El edema de la fase inicial ha remitido y se observa una depresión en el centro de la papila, lo que indica un estado avanzado de cicatrización (B).

A los 7 días de seguimiento, el grado de inflamación había disminuido: 4 pacientes estaban libres de inflamación, 5 pacientes tenían un grado de inflamación leve y sólo uno tenía un grado de inflamación medio.



Figura 8. Vista oclusal del defecto tratado a los 90 días de seguimiento (A). La papila ha cicatrizado con la retracción tisular resultante de la reducción de la profundidad de la bolsa. La profundidad de la bolsa se redujo aún más: PPD en 2 mm y CAL en 4 mm (B).

El Reto de la Retención en Ortodoncia



La estabilidad de todos los elementos dentarios es necesaria para alcanzar un equilibrio funcional y estético.

Por David Suárez Quintanilla
Noelia Caamaño Rama
Pedro Suárez Suquía

David Suárez Quintanilla, autor principal de este artículo, es catedrático de Ortodoncia de la Universidad de Santiago de Compostela, expresidente de la European Orthodontic Society y exvicepresidente de Ortodoncia de la International Association for Dental Research.

Noelia Caamaño Rama es Residente Máster Ortodoncia, USC.

Pedro Suárez Suquía es alumno de Odontología en USC.



Los autores abordan en este artículo uno de los grandes retos de la Ortodoncia: cómo mantener la estabilidad y la retención de los resultados tras el tratamiento. Según la tesis que adelantan, el problema de cómo mantener una óptima estética y función/oclusión de los dientes a largo plazo después de la ortodoncia, está mal planteado, ya que dientes y maxilares están en una posición dada por un motivo, genético o epigenético, el cual se modifica muchas veces sin tener en cuenta este factor.

Curiosamente, la memoria de forma, o capacidad de recuperación elástica de las aleaciones y polímeros, que tanto deseamos durante el tratamiento de ortodoncia, es nuestro principal enemigo cuando se trata de los dientes y su capacidad de volver a sus posiciones iniciales tras el movimiento dentario originado con nuestros aparatos. Por ello, y desde el punto de vista historiográfico, uno de los grandes retos de la ortodoncia ha sido la estabilidad y la retención de los resultados tras el tratamiento o, lo que es lo mismo, la lucha contra la recidiva.

La búsqueda de cómo mantener al cien por cien, y a largo plazo, los dientes con una óptima estética y función/oclusión, ha sido la búsqueda de nuestro Santo Grial, encendiendo apasionados debates sobre las causas, prevención y consecuencias de la recidiva. El problema, a mi modo de entender, está mal planteado desde el principio, ya que tendría que extrañarnos más, tanto a pacientes como profesionales, la perfecta e inmaculada estabilidad correctiva de la tendencia a la recidiva, ya que los dientes y los maxilares estaban donde estaban, al principio del tratamiento, por algún motivo, fuese genético o epigenético.

En la mayoría de las ocasiones con nuestro tratamiento sacamos a los dientes y maxilares de un equilibrio primigenio, aunque este equilibrio implique una maloclusión, para colocarlos en posiciones que necesitan de un nuevo equilibrio; en definitiva, si la nueva posición, dental,

esquelética o de la ATM, favorece el equilibrio y una situación más fisiológica del aparato estomatognático, la estabilidad está asegurada.

Un caso paradigmático es la mordida cruzada anterior incisiva con suficiente sobremordida: la sencilla corrección de este problema garantiza una nueva posición incisiva, oclusal y de ambas ATM más fisiológica, equilibrada y, por ende, estable.

Un punto más controvertido es el papel del turnover celular, la elasticidad y memoria fibrilar periodontal en la recidiva ya que no debemos de olvidar que las fibras más coronales, supragingivales y transeptales tienen un potencial de remodelación y recambio mayor que las estructuras periodontales más apicales.

Tampoco es seguro si los cambios producidos durante el crecimiento activo de los maxilares son más estables, lo que sí es cierto es que la recidiva representa un tanto por cien del movimiento realizado y ésta se hace más evidente, y es peor aceptada por el paciente, cuando el movimiento dentario fue mínimo y la recidiva máxima (pensemos en la recidiva de los incisivos inferiores). No tengo ninguna duda, y de aquí nuestra idea de las GEP (Guías Eruptivas Propioceptivas), que la estabilidad es mayor cuando actuamos sobre la emergencia dentaria que cuando lo hacemos sobre el diente ya malposicionado.

Analizando la evolución de nuestra especialidad nos podemos encontrar dos períodos de filosofía retentiva

muy bien diferenciados: uno que arranca con Charles Tweed, tras el re-tratamiento de los casos recidivados de EH Angle, su maestro, y otro, más cercano a nosotros, presidido por el sacrificio de la estabilidad correctiva natural frente a la estética del actual canon de la sonrisa (de dientes grandes y blancos, perfectamente alineados, enmarcados por unos labios gruesos, bien definidos y ligeramente biprotrusivos). Atrás quedan en mi práctica conceptos como over-correction: la sobrecorrección del tratamiento que realizábamos para compensar la recidiva (por ejemplo, acabar con una sobremordida ligeramente aumentada de un tratamiento por una mordida abierta anterior). La actual presión de los pacientes nos ha hecho abandonar la lucha natural contra la recidiva, rindiéndonos frente a esta y escogiendo la vereda de la retención permanente, tanto por su practicidad como rentabilidad.

Es interesante y curioso hacer una pequeña reflexión, casi filosófica, sobre el asunto, sin aburrir al lector con la precisión de la ciencia y las citas bibliográficas: nuestra profesión, parafraseando a Kierkegaard, solo puede ser entendida mirando hacia atrás, evaluada con la mirada del presente y ejercida mirando hacia delante.

Es evidente que en muchos pacientes adultos que acuden a nuestra clínica, incluso con maloclusiones importantes, existe un determinado equilibrio en la posición de los dientes y los maxilares.

Pasa a la página 9

“La estabilidad es mayor cuando actuamos sobre la emergencia dentaria que cuando lo hacemos sobre el diente ya malposicionado”.



La presión de los pacientes nos ha llevado a optar por la retención permanente, tanto por su practicidad como por su rentabilidad.

Viene de la página 8

Sus arcadas son las que son y sus dientes están donde están por la anatomía, acción y presión de los músculos que los circundan y que genéricamente llamamos el Pasillo o Corredor de Tomes. Una de las preguntas claves es saber si este medio ambiente muscular y ligamentoso va a reestructurar su equilibrio después de las modificaciones producidas por nuestros aparatos. La segunda cuestión clave es conocer la cantidad de hueso alveolar, más allá de la base apical de Lündstrom, capaz de generarse por el movimiento dentario ortodóncico y su estabilidad, o reabsorción, una vez retirada la aparatología; lo mismo ocurre con la remodelación periodontal y la memoria fibroblástica.

Tanto Charles Tweed, como su escuela, pecaron un poco de ingenuos, y mecanicistas, al creer que el mantenimiento de la forma de arcada y/o la anchura intercanina inferior eran un pasaporte para la estabilidad correctiva. En este punto no hemos de olvidar que EH Angle buscaba, con el nuevo diseño del Arco de Canto o Edgewise, que las raíces acompañaran a las coronas a fin de mejorar la estabilidad postratamiento. Así, y durante muchos años, y con paciencia franciscana, los ortodontistas se afanaron en individualizar la forma de arcada, sobre todo en base a las variaciones étnicas, la anchura bicigomática y el biotipo facial, respetando estrictamente sus dimensiones en los distintos arcos de trabajo y finalización.

Cuando yo empecé en el mundo de la ortodoncia, finales de los 80, había básicamente tres posturas:

- Los ortodontistas que admitían, como natural y fisiológica, un cierto grado de recidiva, en especial en los incisivos inferiores.
- Los que fiaban la estabilidad a la calidad oclusal final del tratamiento y al concepto de sobrecorrección.
- Los que recomendaban ya, en esos tiempos, una retención permanente de duración desconocida (barra de retención lingual e intercanina inferior y placa acrílica removible superior).

El siglo XXI comienza con el ascenso del paradigma de la terapéutica basada en la evidencia cuyas consecuencias, en este campo, son un jarro de agua fría para algunas escuelas defensoras de la estabilidad natural (cuando los resultados oclusales son los correctos) derivada de los estudios, entre otros, de los hermanos Little en la Universidad de Washington en Seattle. De acuerdo con estos trabajos retrospectivos, todo, o casi todo, recidiva; el resultado a largo plazo de los pacientes sin retención sería un auténtico desastre, inaceptable, en más de un 70% de ellos. Es más, los cuidados y precisos resultados de los Little o Riedel, mostraban que la recidiva no guardaba la relación esperada con la oclusión final, ni con el respeto de la forma de arcada, ni con las extracciones (para evitar la sobreexpansión) ni siquiera con la calidad del tratamiento.

Mi experiencia clínica de más de 30 años me hace difícil creer que la recidiva no guarda relación con la calidad del tratamiento, su resultado y el reequilibrio del Pasillo de Tomes.

Pasa a la página 10

“Una de las preguntas claves es saber si este medio ambiente muscular y ligamentoso va a reestructurar su equilibrio después de las modificaciones producidas por nuestros aparatos”.

Publicidad

JIZAI
— 自 在 —

NEW GENERATION OF NITI ROTARY FILES

SIMPLE, SMOOTH



& FLEXIBLE



CONTACT US FOR MORE INFORMATION:
WWW.MANI.CO.JP/EN
WWW.MANI.CO.JP/EN/PRODUCT/JIZAI/
DENTAL.EXP@MS.MANI.CO.JP

MANI®