

J. M. Ustrell Torrent<sup>1</sup>

Experiencia personal de un  
tratamiento de ortodoncia a los  
29 años

<sup>1</sup> Prof. Asociado.  
Facultad de Odontología,  
Universidad de Barcelona

**Correspondencia:**  
Dr. José M. Ustrell  
Paseo Bonanova, 109-111 A 1. 3.  
08017 Barcelona

**RESUMEN**

La creciente demanda de tratamiento ortodóncico por parte del paciente adulto, hace necesaria la actualización de aquellos conceptos que deben aplicarse a dichos pacientes, siempre tan distintos a los que se utilizan de forma convencional en los pacientes infantiles, más habituales en nuestras consultas.

**PALABRAS CLAVE**

Ortodoncia; Adultos; Tratamiento.

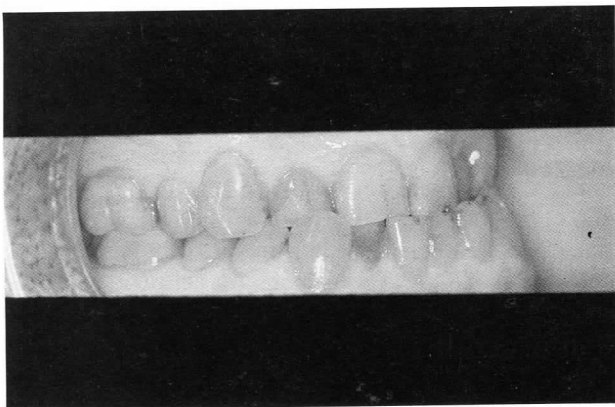
**ABSTRACT**

*The increasing demand of orthodontic treatment in adults has brought up to date those concepts which must be applicable to those patients, so different from those used in a conventional way on infants, so common in practice.*

**KEY WORDS**

*Orthodontics; Adult; Management*

552



**Figura 1.** *Visión lateral derecha antes del tratamiento.*



**Figura 2.** *Visión frontal antes del tratamiento.*

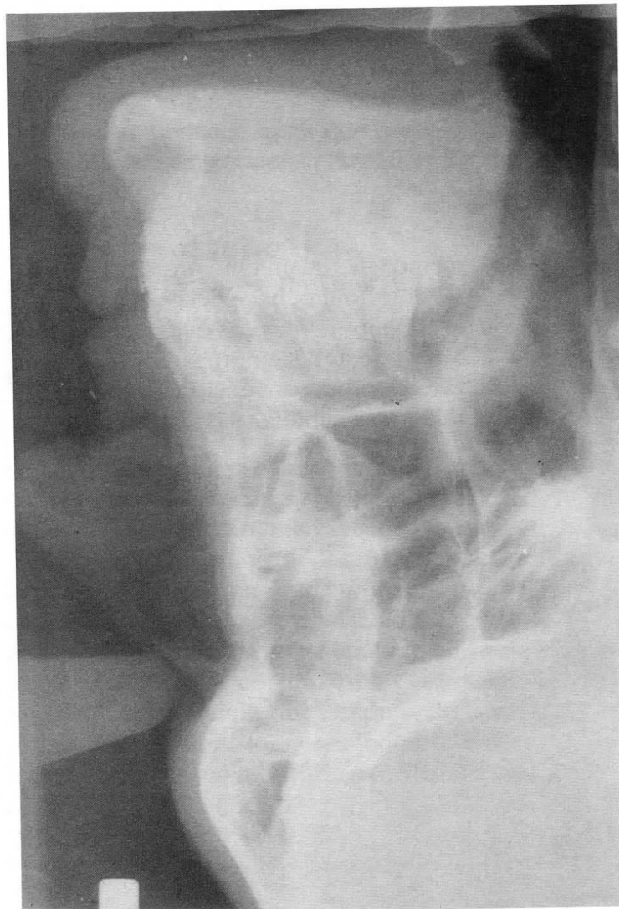


**Figura 3.** *Visión lateral izquierda antes del tratamiento.*

### INTRODUCCION

El seguimiento de un caso clínico de ortodoncia tratado en edad adulta<sup>(9,10)</sup>, seguido del comentario de las conclusiones personales o subjetivas del paciente, que en este caso es el propio autor, será el complemento ideal para otros trabajos que han intentado descubrir el pensamiento o razonamientos de este tipo de pacientes<sup>(13)</sup>. Sería nuestro deseo que este estudio sirviera de base para que otros profesionales, que se hayan sometido a tratamiento de ortodoncia, publicaran también sus experiencias, y así poder recopilar estas opiniones en un trabajo que tendría la ventaja de ser concluyente.

En él podremos recordar qué es la "estética", uno de los elementos de juicio que merece la pena tener en cuenta, tanto en la motivación en el momento de ser



**Figura 4.** *Telerradiografía lateral del cráneo.*

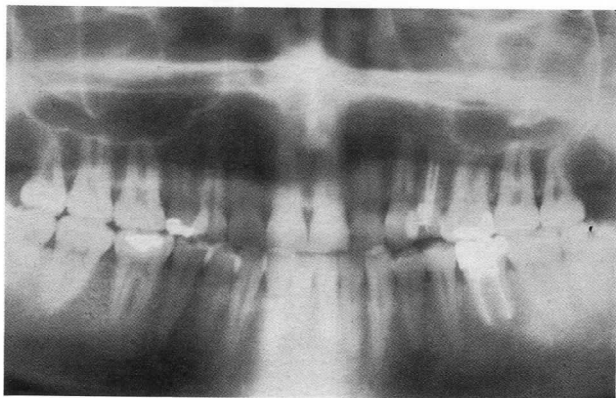


Figura 5. Ortopantomografía.

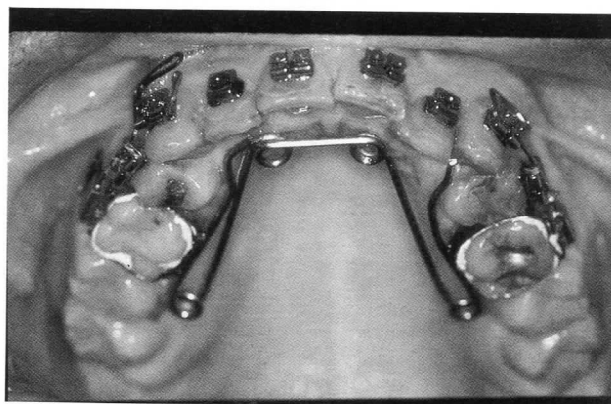


Figura 6. Visión palatina del Quad hélix.



Figura 7. Arco de nivelación superior (sectores laterales). Arco de base inferior.

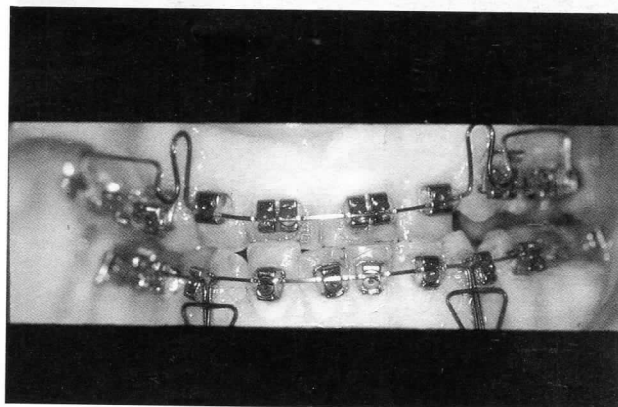


Figura 8. Arco de avance superior. Arco de nivelación inferior (sectores laterales y anterior).

tratado, como en su deseo de un resultado que mejore sus pretensiones en relación con la sociedad en la que convive.

Otras cosas observables serán las técnicas aplicadas, en este caso la "Bioprogresiva de Ricketts"<sup>(14)</sup>, para tener una visión general de las fases clínicas seguidas y su duración, lo cual nos lleva a otro de los elementos importantes para el paciente: el "tiempo".

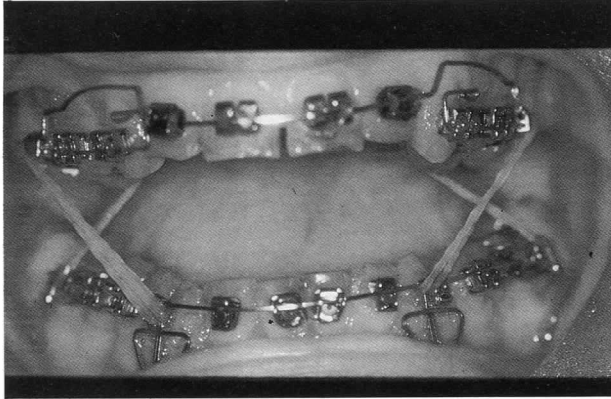
## DIAGNOSTICO

Se trata del caso clínico de un paciente de 29 años con antecedentes de tratamiento de ortodoncia, extrac-

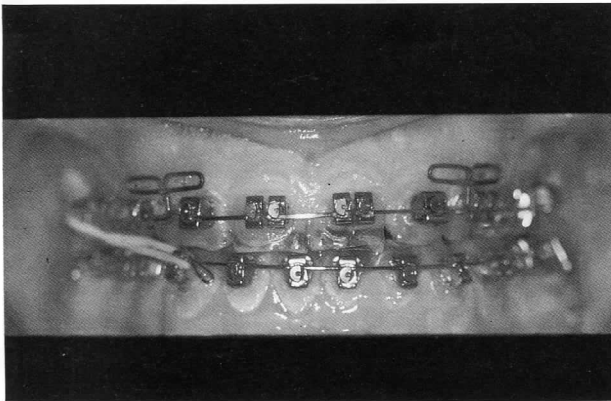
ción de los dos primeros bicúspides superiores y ortodoncia removible a los 12 años.

En la fecha de inicio (10.11.1982) presentaba el siguiente diagnóstico clínico (Figs. 1-3): clase I molar derecha, Clase II molar izquierda, con apiñamiento superior e inferior. La relación transversal era de mordida cruzada en el lado izquierdo con la subsiguiente desviación de la línea media de los dientes anteriores, los cuales presentaban una relación de borde a borde (Fig. 4).

Otros datos de interés clínico eran: la obturación de cinco piezas dentarias, dos de ellas con tratamiento de conductos, y una de éstas (36) con reconstrucción total de la corona (Fig. 5). También hemos de considerar la



**Figura 9.** Gomas de clase III y gomas cruzadas posteriores.



**Figura 11.** Centrado de la línea media.

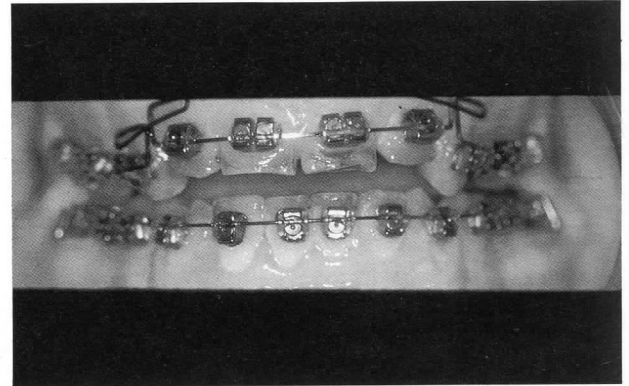
presencia de alguna caries (22), que se obturó poco antes de iniciar el tratamiento.

Dicho tratamiento se realizó mediante la aplicación de brackets de cementado directo y siguiendo la técnica bioprogresiva de Ricketts con una duración de 17 meses.

## TRATAMIENTO

Con fecha 10.11.1982 se realizaron los primeros registros: Radiografía panorámica, telerradiografía lateral del cráneo, fotografías y modelos de estudio, para inmediatamente después hacer un plan de tratamiento<sup>(5, 8, 12)</sup>.

El siguiente paso consistió en la colocación de un



**Figura 10.** Arco en T superior (nivelación sectores laterales y anterior).

aparato Quad hélix (Fig. 6), para corregir la compresión del maxilar superior, que originaba una mordida cruzada en el lado izquierdo y agravaba el apiñamiento. Además se colocaron todos los brackets en ambos maxilares.

En los meses de enero y febrero de 1983, se utilizaron arcos seccionales de nivelación en el maxilar superior y un arco de base + seccionales de estabilización en el maxilar inferior (Fig. 7), para pasar, en el plazo de dos meses, a seccionales rectos sustituyendo a los de nivelación. En este momento, en el maxilar inferior, se colocó un arco redondo de .014" con un Coil-spring para recuperar el espacio para el 12.

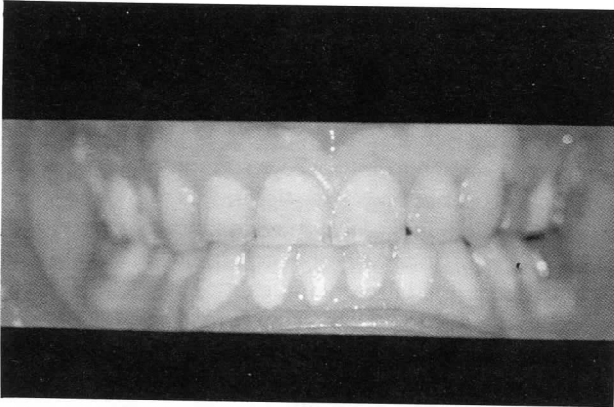
Conseguido dicho espacio, se realizó un arco de nivelación en doble delta para el maxilar inferior y un arco de avance para el superior (Fig. 8), sustituyéndolo, en el mes de mayo, por un arco de base + seccionales.

Con estos elementos se empezaron a utilizar gomas de clase III hasta el verano, en que se aplicaron nuevas gomas de tracción, esta vez cruzadas posteriores (Fig. 9).

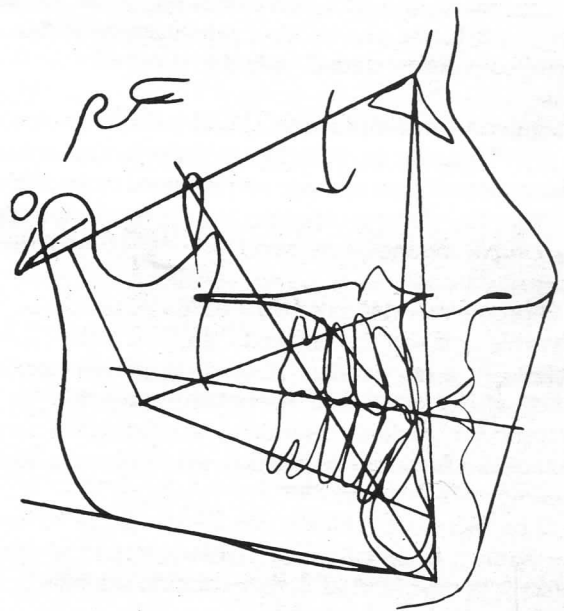
A los dos meses y debido a la aparición de una ligera mordida abierta, el utilizado fue un arco en T para nivelación de los sectores laterales y anteriores, mientras al maxilar inferior se le dejó "descansar", con un arco redondo de .016" (Fig. 10).

A finales del año 83 el tratamiento entraba en su fase final, manteniendo los mismos arcos pero añadiendo una goma de clase III en el lado derecho, para centrar la línea media (Fig. 11).

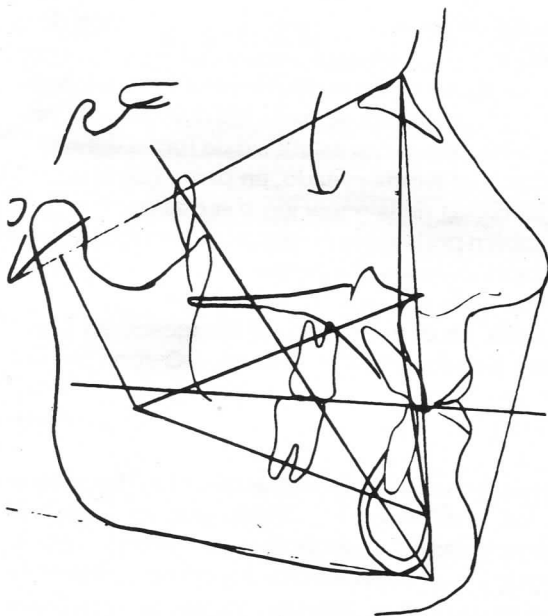
El cambio de imagen llegó con el año nuevo, ya que estando en la última fase, se cambiaron los brackets



**Figura 12.** Fase final.



**Figura 13.** Trazado cefalométrico antes del tratamiento.



**Figura 14.** Trazado cefalométrico después del tratamiento.

metálicos por unos transparentes en el maxilar superior, aplicando un arco de terminación. El maxilar inferior, mientras tanto, llevaba una placa de retención nocturna.

En marzo de 1984 finalizó el tratamiento, con resultados muy aceptables (Figs. 12-14). La retención se hizo mediante placas de acrílico que se utilizaron por la noche, aunque hemos de reconocer que ésta no fue una de las mejores fases del tratamiento.

#### DISCUSION

Comparado este estudio con un artículo publicado en "Ortodoncia Española"<sup>(16)</sup>, el paciente coincide con

556 algunos de los aspectos allí tratados. Es decir, forma parte del 12% de pacientes con experiencia anterior y que fueron tratados (50%) por un profesional no ortodontista.

El motivo prioritario que le hace llegar al tratamiento es el estético (coincide con la opinión del 70%), aunque de forma secundaria hubiese un problema funcional (como el 24%).

En cuanto a las expectativas previas, el paciente cree que el tratamiento será con pocas molestias, tal vez debido a la fuerte motivación y por supuesto al desconocimiento de la realidad, palpable y valorable sólo al final.

Siguiendo la comparación con el trabajo mencionado anteriormente, no coincide su apreciación durante el tratamiento. Aquí aparece un problema estético y de relación, hay dolor en algunas fases, por ejemplo por la acción de algunos arcos seccionales<sup>(6)</sup>, y hay pérdida de apetito y peso.

El problema estético se basa fundamentalmente en lo visible que son los bracketts, aunque siempre son preferibles a las bandas. Hemos de pensar que en aquellos momentos aún no habían aparecido en el mercado los bracketts cerámicos. Los que se utilizaron en la última fase eran de plástico, sin torque ni angulaciones.

El problema de relación con los demás se basó en dos puntos, la dificultad de hablar (debido al Quad hélix) y la dificultad al comer (debido además a los bracketts).

El dolor aparece en las primeras horas después de alguna manipulación, sobre todo en aquellos momentos en que alguna pieza quedaba en la posición de borde a borde. Era un dolor de tipo periodontal. Y en los momentos en que no hay dolor, lo que sí aparece es un ligero malestar permanente y general en todas las piezas dentarias, en esto coincidimos con Ngan<sup>(11)</sup>. Este dolor tiene la pequeña ventaja de calmarse con analgésicos convencionales (A.A.S., Paracetamol) y el malestar general, sobre todo el que aparece después de comer, mejora con una buena higiene, mediante el cepillado lento y minucioso de cada uno de los espacios existentes entre el borde gingival y el brackett, y entre el alambre y la pieza dentaria. Checchi<sup>(2)</sup> también hace hincapié en la importancia del control de la higiene.

Cabe hacer hincapié en el problema relativo a la alimentación, ya que no es posible morder ningún tipo de alimento fibroso (como la carne o la lechuga) ni

siquiera el pan. Con ello cambia también el hábito de comidas y en definitiva disminuye el deseo de comer y se pierde peso.

Algunas cosas van a cambiar sin embargo, cuando llega el momento final de sentirse "libre". El problema estético es satisfactorio por el resultado inmediato, resultado que deberá pasar un tiempo de retención, para la que se utilizó una placa de resina, que sinceramente se lleva durante poco tiempo, con lo que la conclusión inmediata es que la retención es mejor y debe ser fija, a no ser que el paciente demuestre gran entereza y fuerza de voluntad. Este problema es tratado también por Binder<sup>(1)</sup>, que analiza los diferentes tipos de retenedores, y por Goldstein<sup>(4)</sup> y Shubich<sup>(15)</sup> quienes se cuestionan el tiempo real del resultado final.

En cuanto al tiempo, en este caso fueron 17 meses, aunque el ideal, o al menos, cuando el paciente ya empieza a pedir que se retiren los aparatos, es alrededor de un año. En el trabajo de referencia<sup>(16)</sup>, el tiempo promedio fue de 16 meses.

Como valoración final haremos las siguientes consideraciones.

A pesar de todos los inconvenientes que para el paciente adulto representa este tipo de tratamiento, a la pregunta de si volvería a repetirlo, la respuesta sería que sí.

El hecho de no ser constante en la utilización de la retención, hizo que a los seis meses de finalizar, apareciera ya un ligero apiñamiento de los incisivos inferiores, que fue agudizándose hasta los doce meses aproximadamente, en que se estabilizó de forma definitiva. Esta recidiva se habría evitado, en parte, con la utilización continuada de la retención o si ésta hubiese sido fija, y también podríamos pensar en que un tratamiento con extracción de los dos primeros bicúspides inferiores, habría dado una mayor estabilidad<sup>(1, 3 4)</sup>.

Apareció, en el transcurso de los meses, un ligero problema paradontal sobre todo en esta zona incisiva inferior, que tal vez debería pensarse que era debida a la recidiva en el apiñamiento, más que al propio movimiento dental durante el tratamiento.

El aspecto externo del perfil facial mejoró ligeramente. De un perfil retruido, debido por un lado a la prominencia nasal y mentoniana y por otro a la verticalización de los dientes incisivos superiores, pasamos a una mejora, que en su aspecto externo, se visualizaba por una armonía labial, que sin duda fue debida a la mejor inclinación de estos incisivos.

## CONCLUSIONES

1. El motivo para iniciar el tratamiento es el estético (ningún autor lo pone en duda).
2. Mejor brackets que bandas y por supuesto los brackets cerámicos antes que los metálicos.
3. Nada se dice referente a los arcos, pero deben acompañar a la estética de los brackets, aunque en este momento no haya aparecido ningún material que pueda sustituir al metal.

4. Las molestias que produce el tratamiento superan a las que se producen en el paciente infantil y también la dificultad al comer.

5. Por todo ello, es preferible que el tratamiento sea corto, debe superar en poco a los doce meses ya que después aún hemos de añadir el tiempo de retención.

6. Esta retención debe ser fundamentalmente cómoda. Los últimos materiales elásticos aparecidos en el mercado, dan mucha esperanza al pensar en sistemas de retención. De momento es preferible una retención fija.

557

## BIBLIOGRAFIA

- 1 Binder RE. Retention and post-treatment stability in the adult dentition. *Dent Clin North Am* 1988;**32(3)**: 621-41.
- 2 Checchi L, Nobili A. The importance of hygiene control in orthodontics. *Prev Assist Dent* 1988;**14(2)**: 35-7.
- 3 Drobocky OB, Smith RJ. Changes in facial profile during orthodontic treatment with extraction of four first premolars. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1989;**95(3)**: 220-30.
- 4 Goldstein RE, Golstein CE. Is your case really finished? *J Clin Orthod* 1988;**22(11)**: 702-13.
- 5 Grabowski R, Dahl T, Moller B. Fundamentals of treatment planning and orthodontic treatment before dysgnathic operations. *Stomatol DDR* 1988;**38(6)**: 372-7.
- 6 Kvan E, Bondevik O, Gjerdet NR. Traumatic ulcers and pain in adults during orthodontic treatment. *Community Dent Oral Epidemiol* 1989;**17(3)**: 154-7.
- 7 McNulty EC. Appliance selection. Treatment objectives and esthetic concerns. *Dent Clin North Am* 1988;**32(3)**: 571-88.
- 8 Meistrell ME. jr. Treatment objectives and planning in compromised adult cases. *Dent Clin North Am* 1988;**32(3)**: 551-69.
- 9 Moshiri F. Adult orthodontics. *Mo Dent J* 1988;**68(3)**: 28-31.
- 10 Natalija P. Orthodontic treatment of adult patients. *Stomatol Vjesn* 1986;**15(3-4)**: 211-5.
- 11 Ngan P, Kess B, Wilson S. Perception of discomfort by patients undergoing orthodontic treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1989;**96(1)**: 47-53.
- 12 Peltomaki T. Circle method analysis-a roentgen-cephalometric aid to orthodontic diagnosis. *Proc Finn Dent Soc* 1988;**84(5-6)**: 297-303.
- 13 Proffit WR, Fields HW. Special considerations in comprehensive treatment of adults. *Contemporary Orthodontics*. The C. V. Mosby Company. EEUU, 1986.
- 14 Ricketts RR, Bench RW, Gugino CF, Hilguers JJ, Schulhof RJ. *Técnica bioprogresiva de Ricketts*. Panamericana. Argentina, 1983.
- 15 Shubich I. How much time is required for orthodontic treatment? *Pract Odontol* 1988;**9(2)**: 10.
- 16 Ustrell JM. Aspectos subjetivos de la ortodoncia en adultos. *Ortod Esp* 1988;**9(2)**: 10.