

La Fijación y Retención en el Tratamiento Ortodóncico y en otras Disciplinas Dentales

(Traducido por: Dr. Luís Rafael Serret)

Autor:

Dr. Mohamad Azhar Ibrahim Kharsa, DDS, PhD Orth

Consultant Orthodontist

King Fahad Hospital.

MADINA. Saudi Arabia.

Scientist Fellow of American Society for Laser Medicine and Surgery

WFO Fellow AOS Fellow

Member of Saudi Orthodontic Society and Saudi Ortho Club Email:

orthodontics@orthomail.com Phone: (+966) 557688385

Abstracto:

En este artículo, el autor nos habla sobre la fijación y la retención en ortodoncia como un importante paso para mantener los esfuerzos y los resultados en el tratamiento ortodóncico.

La retención y la fijación son consideradas como pilares en múltiples disciplinas en la odontología y no exclusiva para la ortodoncia, la noción sobre la fijación y la retención serán discutidas al emplearse en múltiples factores que requieren retención como es el caso de las estructuras periodontales, función, oclusión y pacientes con hábitos.

Palabras Claves:

Fijación, retención, tratamiento activo ortodóncico, fibras periodontales, recidiva, y función.

Discusión:

El tratamiento ortodóncico consiste en un sin número de acciones, pasos y estadios en donde cada uno se conjugan para lograr el éxito en los resultados planeados.

La retención y la fijación se pueden visualizar como un paso crucial para mantener la estabilidad del tratamiento ortodóncico, así mismo estos se consideran como últimos responsables en la preservación de casos periodontalmente comprometidos.

La fijación y la retención fija se discute en este artículo desde múltiples puntos de vista, en donde cada uno es relevante partiendo de su utilización en odontología. Así mismo en este artículo, se categorizan los roles de la retención y fijación, en donde el propósito fundamental de este escrito es para facilitar y clasificar sus beneficios y usos.

Según la experiencia práctica, las cualidades entre ambos procedimientos no existen diferencias significativas en las diversas divisiones en la ciencia dental, sin embargo en este artículo, la retención y la fijación se dividen en tres grandes categorías:

- 1- retención en casos periodontales.
- 2- retención en pacientes adultos.
- 3- retención en casos de ortodoncia interceptiva y preventiva.

1- retención en casos Periodontales:

La fijación y la retención deben ser indicadas en casos tratados periodontales con miras de buscar estabilidad en donde el periodonto o los tejidos de sostén dental están comprometidos.

La fijación juega un papel fundamental en brindar no solo el soporte para la estabilidad del periodonto, sino también que detiene la degeneración de los tejidos previniendo movilidad dentaria indeseada.

La fijación periodontal, puede ser utilizada en algunos casos ortodóncicamente tratados en donde el periodonto ha sido tratado antes del tratamiento ortodóncico activo.



Figura 1, un retenedor fijo lingual para fijar los incisivos inferiores durante el tratamiento periodontal lo cual incluía levantamientos gingivales en el área de los incisivos centrales inferiores.

La fijación en casos periodontales puede ser tanto fija (Figura 1) o removible (Figura 2).

Aunque los retenedores removibles no son tan seguros como los fijos, estos ofrecen otros beneficios como minimizar el impacto de la lengua en los incisivos superiores.



Figura 2, un retenedor tipo Hawley, en un caso con deglución atípica. Este aparato fue escogido para neutralizar el efecto no deseado de la lengua frente a los incisivos centrales superiores. Es parte del tratamiento periodontal estabilizar los casos antes de concluir los procedimientos periodontales.

2- retención en casos de Adultos Ortodóncicamente tratados:

La retención en pacientes adultos ortodóncicamente tratados debe ser un paso el cual debe ser incluido obligatoriamente en el mismo, puesto que su importancia esta en mantener los resultados del tratamiento ortodóncico a largo plazo haciendo que estos sean estables. La retención puede ser fija o removible siendo la fija la mejor opción, en donde los retenedores fijos linguales son los más comunes hoy en día en las prácticas ortodóncicas y estos son fabricados individualmente para cada paciente por el ortodoncista. (Figura 3).



Figura 3. Un retenedor fijo maxilar, realizado por el profesional, el cual consiste en una ligadura metálica.



Figura 4. Un retenedor fijo, el cual ha sido instalado antes de quitar los brackets para asegurar la retención.



Figura 5, los mismos casos de la figura 4, con la aparatología ortodóncica removida.

Una de las mayores ventajas de los retenedores fijos ya sean por palatinos o por lingual es que estos se pueden instalar inmediatamente después de eliminar los brackets y así evitar cualquier recidiva (Figura 4, 5)

Por otro lado, un dato importante al utilizar los retenedores fijos es la participación del paciente frente a su cuidado y sobre todo a la higiene. Se debe tener muy en cuenta el tipo de mordida del paciente para evitar contactos oclusales y por ende molestias al paciente.

Un retenedor fijo debe ser neutral o inactivo, lo que quiere decir que al realizarlo se le debe dar la forma lingual de los dientes para que este no ejerza fuerza alguna y esto se realiza al momento de su confección.

El tiempo de la retención depende de cada caso en particular, sin embargo, se le debe decir al paciente que mientras mejor es su cooperación mejor será la estabilidad a largo plazo.

En los adultos, los retenedores tienen varias formas; en adición a los retenedores convencionales tipo Schwartz realizados con placas de acrílicos, hasta los retenedores fijos así como también los posicionadores que son muy efectivos en pacientes con muy buena cooperación (Figura 6)



Figura 6, un modelo de trabajo para un posicionador como retenedor, este posicionador aun esta en el laboratorio bajo su construcción.

3- retención en Ortodoncia Preventiva e Interceptiva:

La ortodoncia preventiva e interceptiva requiere siempre de una buena retención especialmente en aquellos casos de expansión, en donde el mismo aparato de expansión puede servir como retenedor o estabilizador. Este aparato se deja inactivo por un periodo de tiempo establecido una vez haya finalizado la parte activo (Figura 7)



Figura 7, un expansor tipo Hyrax dejado en su lugar inactivo para la retención.



Figura 8, un expansor removible, el cual fue utilizado como retención luego de la expansión para la corrección de una mordida cruzada. El expansor debe ser utilizado aun sin ninguna activación hasta lograr la erupción de los dientes permanentes y posteriormente iniciar con el tratamiento ortodóncico activo.

Como se ilustra en la figura 8, un expansor removible con una placa de acrílico puede ser utilizado como retenedor después de haber finalizado la expansión. Es utilizado sin ninguna activación, lo cual sugiere que se mantenga inactivo y el mismo puede ayudar durante la dentición mixta en lo que se planifica el próximo paso del tratamiento ortodóncico.

No todos los casos de tratamientos ortodóncicos en dentición mixta y en algunos adultos se requiere la fijación o la retención. Sin embargo, la retención debe ser planeada según las necesidades del caso; por ejemplo: corrección de una mordida cruzada (Figura 9)

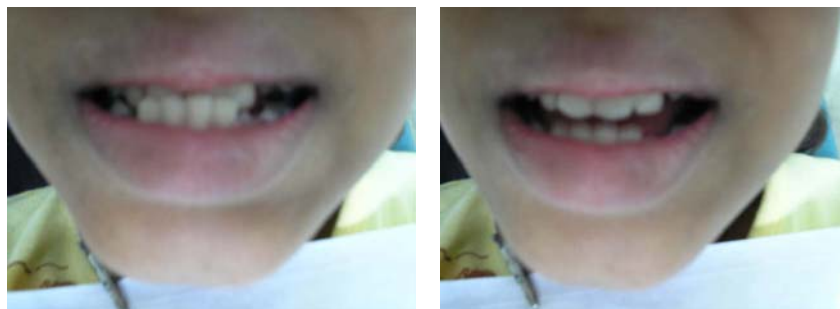


Figura 9, un caso de corrección de una mordida cruzada, la foto de la izquierda, presenta el caso iniciado, y en la foto de la derecha el caso terminado.

La retención esta indicada en casos Pedodonticos, especialmente en presencia de traumas por accidentes en donde existe una afección uno o varios dientes permanentes.

En luxaciones de incisivos es similar a lo anteriormente descrito. En casos de Reimplantación la fijación es obligatoria para lograr una buena estabilidad.

Una gurda o férula palatina puede ser una buena opción para estos casos (Figura 10) en pacientes con buena cooperación.



Figura 10, un incisivo central superior derecho, el cual se ha llevado a su lugar. Una férula palatina colocada para lograr una buena fijación.

Conclusión:

La fijación y la retención, desde el punto de vista ortodóncico es un paso importante no solo para la práctica en ortodoncia de hoy en día, sino también para las otras disciplinas de la odontología.

Por otro lado, la fijación y la retención no son procedimientos aislados, sino que nos ayudaran a lograr la estabilidad y los buenos resultados de nuestros tratamientos a largo plazo.

Es recomendable que cada ortodoncista estudie la retención de cada caso en particular y lo conjugue como parte del plan de tratamiento al elegir el mejor método para la futura retención.

Finalmente, mientras más noción tengamos sobre el tipo de retención y fijación desde el pretratamiento y el post-tratamiento mayor satisfactorio será el resultado obtenido.

Referencias:

- 1-Atack, N. E., Clark, J. R., Keith, O., Stephens, C. D. and Sandy, J. (1999) Orthodontic auxiliaries: the way forward? *Dental Update*, 26, 203–208.
- 2- Griffen AL. Chapter 24: Periodontal problems in children and adolescents. In: Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields Jr. HJ, McTigue DJ, Nowak AJ, eds. *Pediatric Dentistry: Infancy through adolescence*. 4th ed. St. Louis, Mo. Elsevier Saunders; 2005. page 417.
- 3- McDonald RE, Avery DR, Weddell JA. Chapter 20: Gingivitis and periodontal disease. In: McDonald RE, Avery DR, Dean JA, eds. *Dentistry for the Child and Adolescent*. 8th ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2004. p. 440-41.
- 4- Lalakea M, Messner A. Ankyloglossia: Does it matter? *Pediatr Clin North Am*. 2003;50(2):381-397.
- 5- Talass MF, Talass L, Baker RC. Soft-tissue profile changes resulting from retraction of maxillary incisors. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1987; 91:5385–394.
- 6- Whight J. Tongue-Tie. *J Pediatr Child Health*. 1995;31(4):276-278.
- 7- Garcia Pola M, Gonzalez Garcia M, Garcia Martin J, Gallas M, Leston J. A study of pathology associated with short lingual frenum. *J Dent Child*. 2002;69(1):59-62.
- 8- Lo FD, Hunter WS. Changes in nasolabial angle related to maxillary incisor retraction. *Am J Orthod*. 1982; 82:384–391.
- 9- Moorrees CFA. Natural head posture. In: Jacobsen A, Caufield PW, eds. *Radiographic Cephalometry*. Philadelphia, PA: Lea and Febiger; 1985:84–89.
- 10- Bjork A. The use of metallic implants in the study of facial growth in children: method and application. *Am J Phys Anthropol*. 1968; 29:243–254.
- 11- Burstone CJ, James RB, Legan HL, Murphy GA, Norton LA. Cephalometrics for orthognathic surgery. *J Oral Surg*. 1978; 36:4269–277.
- 12- Legan HL, Burstone CJ. Soft tissue cephalometric analysis for orthognathic surgery. *J Oral Surg*. 1980; 38:745–751.