

Ortodoncia preventiva: ¿mito o realidad?

Autor: C.D. Jesús A. Sarabia Aguilar

Catedrático por oposición en ortodoncia en la Facultad de Odontología de la UNAM, presidente del Consejo Mexicano para la Certificación en Ortopedia Maxilar, A.C., decano de los Ortopedistas Maxilares de México y miembro honorario de la Asociación Mexicana de Ortopedia Maxilar.

Desde la introducción en el lenguaje ortodóncico, en 1936, del término ortodoncia preventiva y posteriormente el de ortodoncia interceptiva, para finalmente completar la tríada en la clasificación para el estudio de la ortodoncia con el de ortodoncia correctiva, puede decirse que los objetivos de las dos primeras no han podido ser alcanzados, ya que las medidas empleadas para disminuir la incidencia de las maloclusiones o nulificar el desarrollo y evolución de las mismas han resultado ineficaces, aun detectadas a temprana edad. Esto no ha sido por falta de metodología, sino por muy diversos factores que impiden la realización de sus objetivos implícitos en sus definiciones, entre los que destacan primordialmente los genéticos, embriológicos, etiológicos, patológicos y clínicos de todos ellos, el del diagnóstico. Y dentro de este último, el razonamiento de lo que es el diagnóstico, lo que no es el diagnóstico y, sobre todo, la lógica y moral del diagnóstico. La actividad fundamental del cirujano dentista en el ejercicio de su profesión, en cualquier campo de la odontología, es el diagnóstico, ya que sin un conocimiento previo lo más exacto posible de los factores antes mencionados (y en particular en el caso que nos ocupa), no es posible un diagnóstico correcto –menos un pronóstico confiable–, tratamiento adecuado, terapéutica eficaz, ni prevención que valga.

La prevención es una de las resultantes del diagnóstico y la ortodoncia; basada en los postulados de Angle, hace endeble su diagnóstico para este objetivo porque dentro del estrecho corredor de su contenido sólo se refiere a las relaciones de las arcadas dentarias en oclusión, que desembocan en su concepto de oclusión normal, determinada a su vez por su concepción teórica y sin fundamento anatómico, fisiológico y antropológico en la relación correcta de la dirección de los que llamó planos inclinados de los dientes. En realidad ésta únicamente fue concebida con la finalidad de facilitar la interpretación mecánica y objetiva de su clasificación de las maloclusiones y los problemas del tratamiento derivados de la posición de los dientes, pero sin considerar la forma, tamaño, volumen y posición de los maxilares y demás integrantes del aparato masticatorio. Tampoco tomó en cuenta las relaciones e interdependencia que guardan entre sí y con el cráneo a través de la ATM, así como

la acción directa e indirecta sobre la posición de los dientes ejercida por la lengua, labios, mejillas, durante las funciones del aparato masticatorio.

Lo anterior quiere decir que en ortodoncia preventiva, el análisis del desarrollo y evolución de las maloclusiones resulta fundamental en la elección de los procedimientos empleados para evitarlas o al menos detenerlas, interfiriendo en su evolución, especialmente si consideramos que muchas veces lo que se interpreta como una anomalía de forma es en realidad una variedad en la forma. Recordemos que lo que se hereda son las características morfológicas, pero no la oclusión, la que depende de la posición de los maxilares por ser parte de un sustento fisiológico y no una unidad anatómica aislada sin ninguna relación con la morfología facial.

Mientras más se profundiza sobre la etiología de las maloclusiones y en el estudio de las determinantes del patrón



morfogenético, más claramente ostensibles se hacen las carencias de sustento científico y utilidad práctica en beneficio de la salud oral pública, de las finalidades de la ortodoncia preventiva e interceptiva. En realidad, se trata de conceptos de origen meramente convencional, sólo de valor histórico por su significado teórico y en los que, en el sentido estricto de los objetivos de la ortodoncia implícitos en su definición, ningún aparato ortodóncico justifica su aplicación.

Los recursos mecánicos de la ortodoncia preventiva e interceptiva no logran la prevención, la eliminación o la corrección de los trastornos porque las fuerzas físicas que se emplean no pueden actuar de una manera eficaz sobre centros de crecimiento en actividad. Su uso no sólo resulta inútil, sino perjudicial. Estas fuerzas físicas de acción puramente mecánica pueden determinar que los tejidos sanos se adapten funcionalmente de una manera anormal a los tejidos enfermos, provocando que una alteración patológica incipiente se transforme en una anomalía de mayor gravedad, ya que al detenerse zonas de crecimiento se altera su desarrollo en relación directamente proporcional a la intensidad, duración y frecuencia de la causa ejercida.

Es muy importante considerar esto, sobre todo cuando se trata de trastornos provocados por hábitos perniciosos de la boca, principalmente los de succión y en los que solamente los procedimientos ortopedicomaxilares como la mioterapia, foniatría, pantallas vestibulares, aparatos funcionales,

han demostrado su verdadera eficacia al obtener la reeducación completa de la musculatura bucal. Trastornos motores del sistema músculo-esquelético del aparato masticatorio son reflejos anormales de fenómenos neurológicos y, por lo tanto, no escapan a la influencia directa de estas alteraciones e igualmente de los psicológicos y afectivos.

Conjuntamente con los trastornos de los hábitos perniciosos de la boca o de la pérdida prematura de dientes, deben considerarse los desequilibrios provocados en las funciones del aparato masticatorio como unidad integral y sus repercusiones en el resto del organismo, porque los trastornos de la masticación son muy importantes a cualquier edad y la comprensión de sus problemas determina recomendaciones profilácticas de la odontología general, particularmente para el lactante, el niño y el adolescente, más ligadas al campo de la ortopedia maxilar que al de la ortodoncia.

Muchas son las causas que influyen en el desarrollo de las maloclusiones, y a pesar de su pleno conocimiento, no existen procedimientos efectivos para su prevención, en virtud de su complejidad de origen y mecanismo de acción. Y aunque sólo nos refiriéramos a la relación de dientes y maxilares, no podríamos hablar aún de prevención e interceptación en ortodoncia. Quizás los profundos y continuos estudios de genética experimental nos deparen resultados sorprendentes en el ya presente siglo *xxi*. *∞*