

Planificación del tratamiento

James L. Vaden • Cheryl A. DeWood

La planificación del tratamiento es el primer paso crítico en el tratamiento ortodóntico. Sin un plan de tratamiento aceptable, el tratamiento apropiado no puede ser procurado. De hecho, el destino del paciente está signado por el plan de tratamiento decidido por el clínico tratante. Este capítulo ahonda en algunas de las áreas comunes que deben considerarse durante el proceso de la planificación del tratamiento. El capítulo se divide en una discusión de la dimensión del concepto de la dentición y las ilustraciones subsecuentes discuten los componentes facial, esquelético y dentario de una maloclusión. Se espera que la persona que lea el capítulo tenga una comprensión más profunda del proceso de la planificación del tratamiento.

1. Cuando se desarrolla un plan de tratamiento para un paciente, ¿cuál debe ser la meta?

La meta inherente a cualesquiera y todos los planes de tratamientos deben ser la toma de las decisiones que permitirán al ortodoncista a:

- Priorizar los objetivos, tanto del paciente como del ortodoncista.¹
- Tomar las decisiones que permitan al ortodoncista tratar al paciente para alcanzar el mayor número de los objetivos factibles.

Para la mayoría de los pacientes, los objetivos son estética, salud y función, y estabilidad. Si el tratamiento es en un niño en crecimiento, un objetivo adicional debe ser el uso de las fuerzas que están en armonía con el crecimiento y desarrollo.^{2,3}

2. ¿Hay «cabida para el error» durante el proceso de la planificación del tratamiento?

Absolutamente no. El clínico en ortodoncia debe utilizar un abordaje sistemático para cada plan de tratamiento. Este abordaje sistemático debe estar basado en los principios sólidos fundamentales que han sido validados científicamente.^{1,4-6} Los planes de tratamiento no deben formularse con el uso de la evidencia anecdótica que sea contraindicada por los datos científicos.⁷

3. ¿Deben considerarse los deseos del paciente y de sus padres cuando se desarrolla un plan de tratamiento?

Absolutamente, pero solamente si los deseos del paciente/padres están:^{1,7,9}

- En armonía con el cuerpo de evidencia científica.
- En congruencia con lo que puede ser provisto razonablemente por el especialista en ortodoncia competente y solícito.

DESEOS QUE ESTÁN EN CONGRUENCIA CON EL CUERPO DE EVIDENCIA CIENTÍFICA

Una paciente que se presenta con apiñamiento mandibular leve y un ángulo del plano de la mandíbula razonablemente inclinado desea una sonrisa de «estrella de cine» y una oclusión genial —¡pero sin extracciones! La Fig. 9-1, A-C muestra las fotografías faciales de dicho paciente. La Fig. 9-1, D y E ilustra los modelos del pretratamiento. Observe el apiñamiento; no es severo. La Figura 9-1, F y G muestra el cefalograma —el trazado y sus valores cefalométricos—. La paciente fue tratada —según los deseos de la paciente y los deseos del odontólogo general— sin extracciones. La Fig. 9-1, H-M exhibe una comparación de las fotografías del pretratamiento y del «progreso». ¿Está la cara mejor o peor? La Fig. 9-1, N y O, con los cefalogramas del pretratamiento/«progreso» y sus trazados (Fig. 9-1, P y Q) confirma el hecho de que los dientes «no fueron retraídos» de conformidad con el deseo de la paciente y sus padres. La estética facial está comprometida significativamente según lo evidenciado en las Figuras 9-1, H-M. ¿Qué sucedió? La respuesta es absolutamente simple. Los deseos de sus padres no fueron consecuentes con la evidencia científica en ortodoncia —la evidencia que habla de la expansión del tratamiento ortodóntico y la estética facial—. El hecho de que los incisivos mandibulares deben ser enderezados en ciertos patrones esqueléticos para mejorar la estética facial fue olvidado durante la formulación del plan de tratamiento. Establecido simplemente, el plan de tratamiento de la paciente y sus deseos no fueron congruentes con el cuerpo de conocimiento en ortodoncia. Es el deber del clínico explicar todos esos aspectos a la familia cuando se presenta el plan de tratamiento. Omitirlo puede ser desastroso. Debe hacerse entender al paciente y sus padres que los deseos, a veces, no pueden alcanzarse a menos que sus preferencias o deseos —en este caso, sin extracciones— sean modificadas.

RESULTADOS QUE PUEDEN SER PROVISTOS RAZONABLEMENTE

La paciente y sus padres solicitaron el «retratamiento». Se extrajeron los cuatro premolares. La Fig. 9-2, A-D muestra la dentición en el pretratamiento y postratamiento. La Fig. 9-2, E-M ilustra el pretratamiento, el «progreso» y la estética facial en el postratamiento. Los trazados cefalométricos (Fig. 9-2, N-P) reflejan el movimiento dentario. La Fig. 9-2, Q-S confirma que la paciente tiene una sonrisa muy linda y agradable en el cese del tratamiento. Estos resultados eran

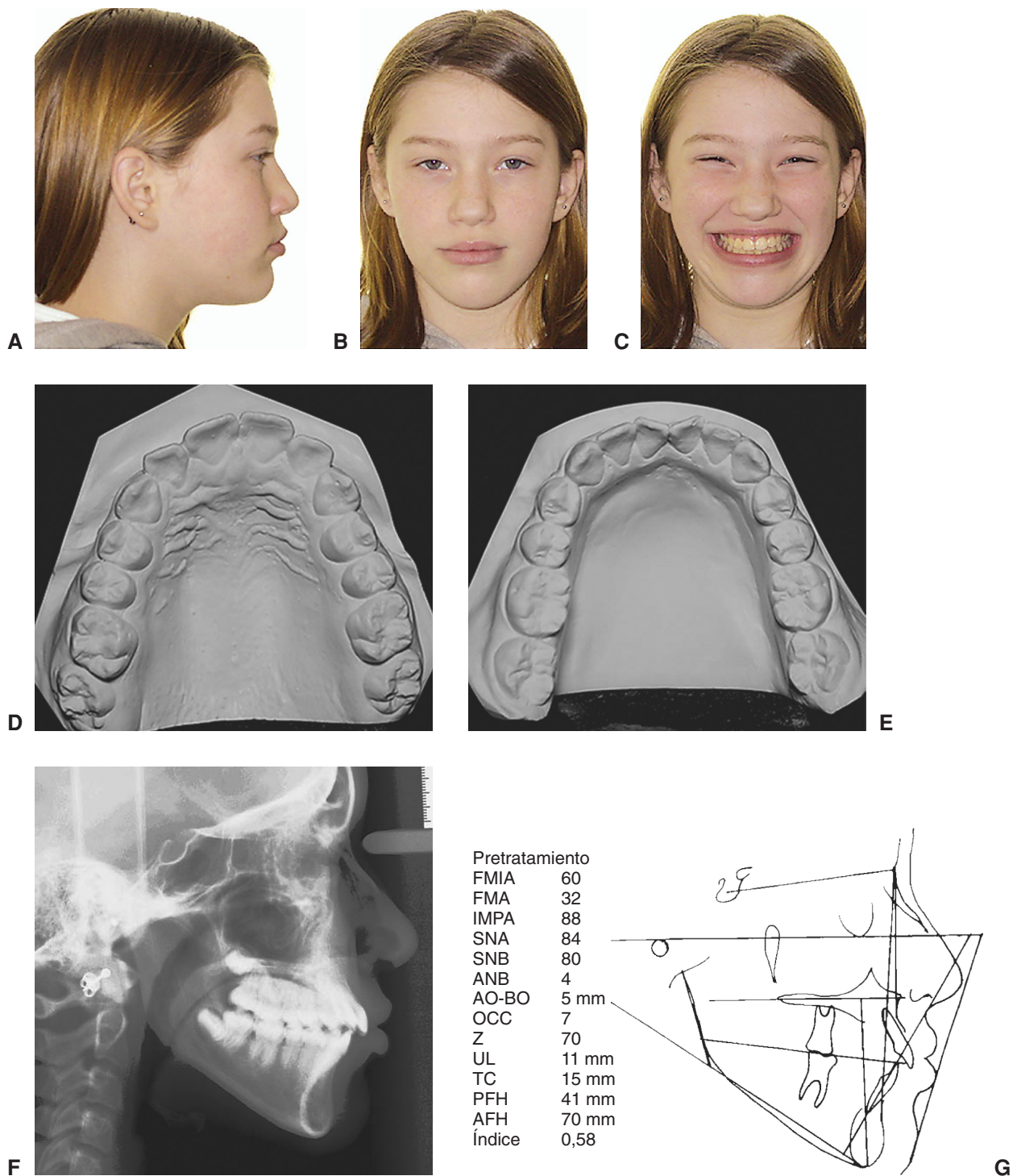


FIG 9-1 Paciente con apiñamiento mandibular leve y un ángulo del plano de la mandíbula razonablemente inclinado. **A-C**, Fotografías faciales. **D y E**, Modelos oclusales. **F**, Cefalograma. **G**, Trazado y cifras (*Continúa*).

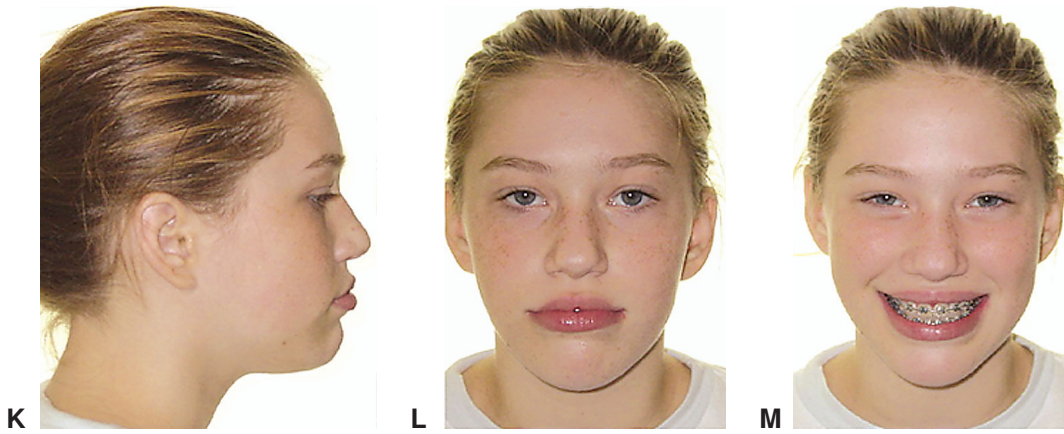
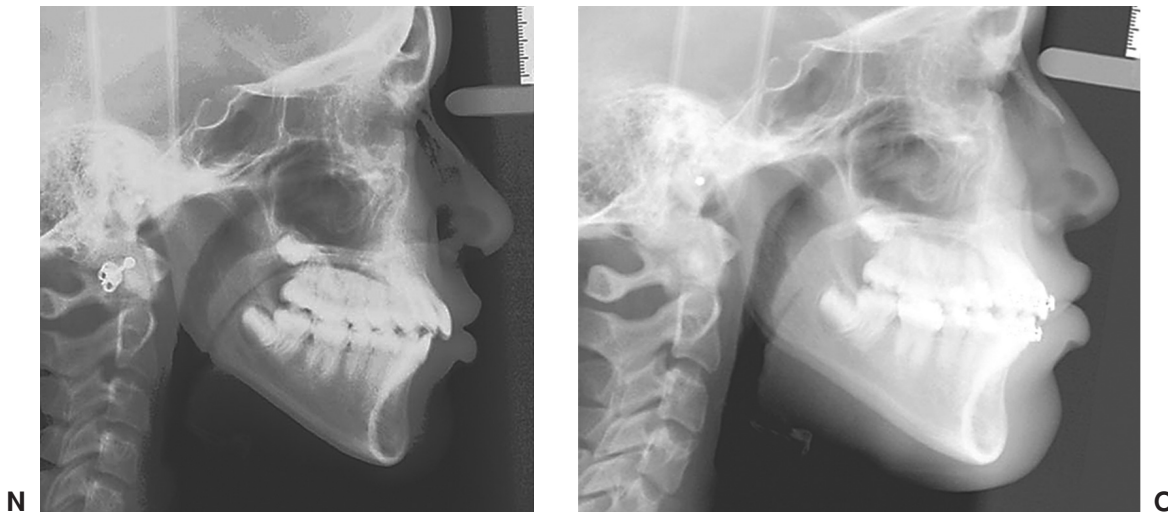


FIG 9-1 (Cont.) Comparación de los hallazgos del pretratamiento con los hallazgos del progreso. **H-M**, Fotos pretratamiento (**H-J**) y del progreso del tratamiento (**K-M**). **N**, Cefalograma pretratamiento **O**, Cefalograma del progreso. **P**, Trazado y cifras del pretratamiento. **Q**, Trazado y cifras del progreso.



P

Pretratamiento	
FMA	60
FMA	32
IMPA	88
SNA	84
SNB	80
ANB	4
AO-BO	5 mm
OCC	7
Z	70
UL	11 mm
TC	15 mm
PFH	41 mm
AFH	70 mm
Índice	0,58

Q

Progreso	
FMA	56
FMA	33
IMPA	91
SNA	80
SNB	77
ANB	3
AO-BO	5 mm
OCC	7
Z	65
UL	15 mm
TC	15 mm
PFH	41 mm
AFH	70 mm
Índice	0,58

«razonables».^{10,12} El plan de tratamiento alterado y las expectativas alteradas de la paciente llegaron a ser armoniosos con la evidencia científica. Esta paciente quería los dientes «rectos» y una sonrisa agradable en vez de un plan de tratamiento defectuoso que no podría ser dispensado, así que se inició un plan científicamente sólido.

4. ¿Existe un concepto subyacente que debe ser considerado cuando se desarrolla un plan de tratamiento? Si es así, ¿cómo puede el concepto ser explicado simple y concisamente?

Un concepto fundamental en la planificación del tratamiento que debe ser considerado cuando se desarrolla cada plan de tratamiento es que existe una dimensión finita de la dentición.¹³ Este concepto ha sido expresado de diversas maneras. Merrifield¹⁴ lo expresó mejor cuando indicó que la dimensión del concepto de la dentición tiene cuatro premisas *siempre que la musculatura sea normal*.

PREMISA #1: LÍMITE ANTERIOR DE LA DENTICIÓN

Existe un límite anterior de la dentición (Fig. 9-3, A). Los dientes no deben colocarse anteriormente fuera del hueso basal. Si los dientes están demasiados lejos hacia delante, se comprometen todos los objetivos del tratamiento. Las fotografías (Fig. 9-3, B-G) de esta paciente ilustran este importante concepto. Las fotografías del pretratamiento reflejan un perfil facial levemente protruido. Hubo la necesidad por una cierta retracción del labio. En su lugar, la paciente fue tratada

sin extracciones, aun cuando había apiñamiento anteroinferior. Los dientes fueron empujados hacia delante. El límite anterior de la dentición fue infringida.¹³⁻¹⁵ La procumbencia del labio está mucho peor. La estética facial está comprometida porque el límite anterior de la dentición fue transgredido incluso más.

PREMISA #2: LÍMITE POSTERIOR DE LA DENTICIÓN

Existe un límite posterior de la dentición (Fig. 9-4, A). Los dientes pueden estar posicionados y/o impactados en el área detrás del primer molar mandibular en el arco de la mandíbula y al mismo tiempo pueden estar movidos demasiado anteriores fuera del hueso basal. Más fácil que el movimiento posterior de los dientes mandibulares es el movimiento posterior de los dientes maxilares. La expansión posterior maxilar es fácil de lograr pero es igualmente desastroso. En muchos casos la expansión posterior conduce a la impactación de los segundos molares y, muchas veces, la expansión vertical por los dientes posteriores, cuando son empujados distalmente en una parte más pequeña de una «cuña», afecta desfavorablemente la dimensión vertical posterior.¹³ Los cefalogramas del pretratamiento y a 6 meses de una paciente (Fig. 9-4, B y C) exhiben el problema más común: la impactación inesperada de los segundos molares. La paciente fue tratada subsiguientemente con la extracción del premolar. Los cefalogramas del pretratamiento y postratamiento (Fig. 9-4, D y E) y las fotografías faciales del pretratamiento y postratamiento (Fig. 9-4, F-I) ilustran la resolución de un problema de discrepancia posterior junto con el mantenimiento del equilibrio y la armonía facial.

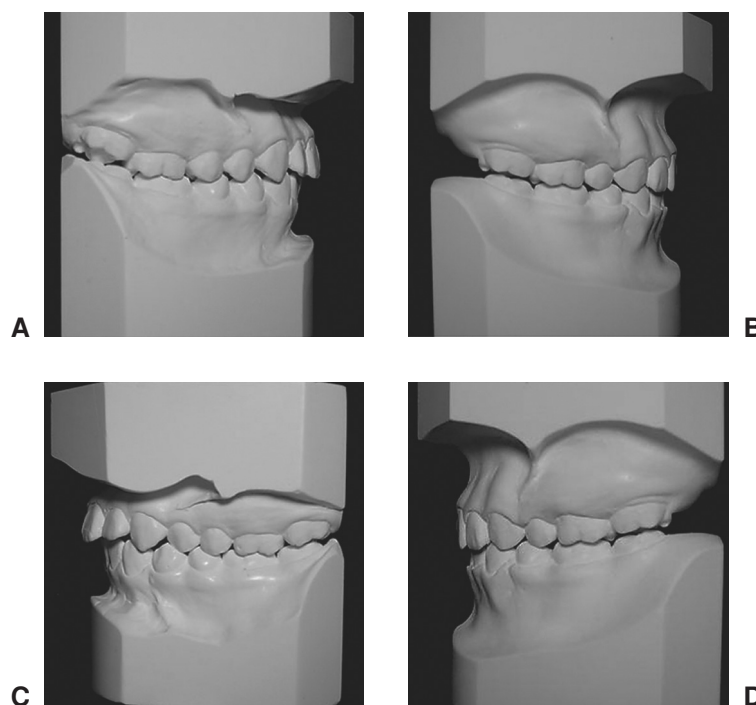


FIG 9-2 «Retratamiento» de la paciente visto en la Fig. 9-1. A y B, Modelos pretratamiento. C y D, Modelos postratamiento (Continúa).