

NOVEDADES: El uso del Articulador Dental Para Ortodoncia

Dr. Mauricio Tristán S. ⁽¹⁾

Tradicionalmente, los ortodoncistas hemos hecho nuestros diagnósticos con radiografías panorámicas y lateral de cráneo, fotografías intra y extraorales y modelos de yeso técnicamente recortados. De forma ocasional recurrimos a algún otro tipo de examen según sea el caso. Sin embargo, el objetivo de este artículo es hablar de forma muy resumida de un registro adicional que, sin entrar en onerosos gastos para el paciente, trae grandes beneficios al ortodoncista, la información que se puede obtener es de invaluable importancia tanto para el diagnóstico del paciente como para la retroalimentación del ortodoncista en el diagnóstico, seguimiento y evaluación de sus casos, lo que deriva en mejores tratamientos y una práctica más segura y tranquila para el clínico.

EL ARTICULADOR

Sería muy sano que desempolvemos el articulador que usamos en nuestra formación como odontólogos y le saquemos provecho. Ahora, si queremos ser un poquito más exigentes en nuestra práctica, podemos hacer una pequeña inversión (y digo pequeña si la comparamos con los beneficios que nos puede traer) y adquirir un articulador semiajustable, que además de darnos toda la información que todos conocemos nos puede brindar, posea dispositivos para determinar de forma

más precisa la posición condilar (Fig. 1) y poder medir el desplazamiento de la mandíbula en los tres planos del espacio. y esta manera saber qué tipo de caso estamos tratando y qué se puede esperar de uno u otro tratamiento.

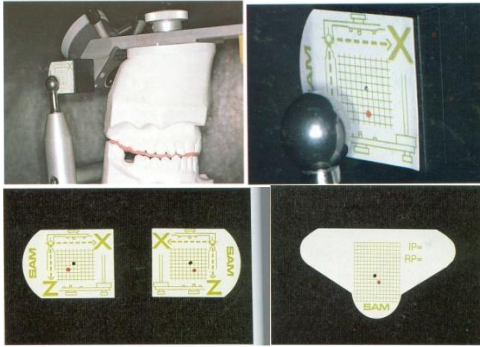


Figura 1. Aditamentos para determinar discrepancia entre OC y RC.

DISCUSIÓN

Contrario a lo que muchos piensan acerca de que la boca es el mejor articulador, muchas de las interferencias que provocan deslizamientos mandibulares son muy difíciles de diagnosticar clínicamente, porque por la capacidad adaptativa del sistema estomatognático, nuestros pacientes por lo general se encuentran en una posición tan arraigada que el sistema neuromuscular no nos permite llevarlos a una posición de céntrica, y es esta la principal ventaja de los articuladores, ya que por carecer de reflejos protectores, nos permiten observar con claridad lo que la neuromusculatura nos encubre.

¿Qué pensaría si utilizando modelos de ortodoncia diagnosticamos un caso de clase I de Angle con apiñamiento anterior como tantos, y decidimos hacer exodoncias de primeras premolares superiores e inferiores, y que durante el cierre de espacios se nos convierta en clase II, a pesar de haber manejado nuestro anclaje según lo planeado?

¿Le suena familiar esta situación en lo personal o con relación a algún colega?

¿Qué cree que pudo haber ocurrido? (Fig. 2).

R/ Lo que el Dr. Roth llamó el peor error que un ortodoncista puede cometer: “diagnosticar mal un caso”.



Figura 2. Discrepancia entre OC y RC entre modelos colocados en máxima intercuspidadación y modelos montados en articulador.

Si hubiéramos tenido los modelos montados en un articulador, nos habríamos dado cuenta de las interferencias y del cambio del que podría ser sujeto ese paciente.

La literatura habla de un 15% de pacientes jóvenes en los que la discrepancia entre OC y RC es significativa, y que este porcentaje puede aumentar en pacientes adultos con pérdida de piezas hasta de un 65%. Al decir significativa, quiere decir que el diagnóstico puede cambiar radicalmente (hasta convertirse en caso quirúrgico o variar mucho la estética facial) así que ¿cómo saberlo si no es con un montaje en articulador en RC? Por lo tanto, es un aspecto importante de considerar.