

ORTOPEDIA REMOVIBLE

Parte I

Dr. Pablo Tailanian

- 1.- Introducción
- 2.- Antecedentes históricos
- 3.- Clasificación
- 4.- Relación Odontólogo-Laboratista
- 5.- Impresiones y modelos
- 6.- Metales
- 7.- Placas activas
 - a) composición:
 - elementos activos
 - retenedores
 - base
 - b) distintos tipos de placas activas
- 8.- Aparatología funcional
 - a) elementos metálicos
 - b) distintos aparatos funcionales
- 9.- Bibliografía

1.- Introducción

Las malposiciones y malformaciones de dientes y maxilares (disgnacias) se pueden tratar por muy diferentes procedimientos.

En cada paciente se pretende, como meta del tratamiento, alcanzar el óptimo individual en cuanto a función y estética del aparato estomatognático.

Uno de los más importantes servicios que pueden realizar un profesional es la prevención y en ortodoncia, además, la intercepción de maloclusiones eliminando ciertos factores locales que puede controlar.

Hay un grupo de pacientes que básicamente posee oclusión normal, pero que uno o más dientes no están en su correcta posición. Por lo general los factores que causan estas malposiciones actuaron después que los dientes hicieron erupción, y casi siempre son locales.

El alineamiento, localización e inclinación de cada uno de los dientes, así como la relación de los arcos dentales entre sí y con el cráneo, son de gran importancia para el ortodoncista.

Una posición correcta del diente es un factor importante para lograr una adecuada función, para la estética y para la conservación o restauración global de la salud dental. Además de la importancia de un diseño adecuado de los aparatos, es esencial tener un diagnóstico apropiado para poder evaluar correctamente cualquier maloclusión y para llevar a cabo un diagnóstico y tratamiento completos.

Para nombrar esta rama de la odontología se utilizan diferentes términos como ortodoncia (del griego: "orthos" que significa derecho y "odontos" que significa diente) u ortopedia (también del griego "orthos" y "pedia" que significa niño) y otros como ortopedia dento-maxilo-facial, ortopedia dental funcional, etc; todos tratando de aclarar con más precisión la materia.

La ortodoncia u ortopedia es la rama de la odontología que se ocupa del estudio del crecimiento del complejo cráneo facial, el desarrollo de la oclusión y el tratamiento de las anomalías dentofaciales.

Por lo tanto los elementos y aparatología realizada modificarán el Sistema Estomatognático de un paciente, por lo que calidad de la labor es el factor más importante. Esto se logra con dedicación, esfuerzo y práctica continua lo cual no significa de que es una especialidad reservada para virtuosos.

2.- Antecedentes históricos

Fue Hipócrates (460-377 A.C.) quien estuvo entre los primeros en comentar sobre deformidades cráneo-faciales describiendo la forma de la cabeza, huesos, paladar, posiciones dentarias y sintomatología de pacientes afectados. También Aristóteles (384-322 A.C.), Plinio y Celso quienes afirmaban, 25 años A.C., que los dientes podían moverse por presión digital.

En tumbas del antiguo Egipto, Grecia y de Mayas en México se han encontrado piezas arqueológicas, aparatos aparentemente diseñados para regularizar dientes. Pero la ortodoncia y ortopedia, tal como la consideramos actualmente, tiene probablemente sus raíces en el siglo XVIII en 1728, en Francia, con Pierre Fauchard quien describió un aparato ortodóntico fácilmente reconocible por cualquier odontólogo moderno.

Pero, en definitiva, la historia moderna de la ortopedia u ortodoncia maxilar comenzó en el siglo pasado. En 1879 Norman Kingsley describió una placa que se adaptaba a la porción interna del arco dentario superior con una superficie que se proyectaba hacia los incisivos inferiores.

Edward H. Angle publicó en 1887 la primera edición de su libro el cual, junto a las sucesivas ediciones, ejerció por muchos años una profunda influencia en el desarrollo de la ortodoncia. Dentro de la gran cantidad y calidad de conocimientos legados por Angle, destacamos la clasificación por él concebida, que, aunque discutida por autores, sigue utilizándose en la actualidad. Angle, dividió las maloclusiones en tres grandes grupos, según los tipos de relaciones intermaxilares e interdentarias y fundó así un sistema de diagnóstico que permitió identificar y clasificar

las disgnacias sin dificultad.

En 1881 Walter Coffin describe su placa con el resorte que sigue formando parte de los aparatos actuales. En aquel entonces lo realizaba con cuerda de piano.

En 1888 y 1897, John Farrar publica el 1er. y 2do. volumen de texto completo y de relevancia dedicado exclusivamente a la ortodoncia en donde se desarrolla la dinámica del tornillo.

En 1902 Pierre Robin publicó un artículo que describía un aparato, el monoblock, que lo utilizaba para la expansión bimaxilar. Construyó la primer placa hendida con un tornillo que él había diseñado y una bisagra en el extremo posterior de la división para provocar la expansión excéntrica

También en 1911, J.H. Badcock, describió una placa de expansión con un tornillo por él diseñado.

En 1918, Alfred Rogers fue el primero en reconocer la fundamental importancia de los músculos para el crecimiento, el desarrollo y la forma de todo el sistema estomatognático, principios aplicados por Hots, Duyzings, Frankel y otros autores.

El trabajo de C. Nord, en 1929, sobre placas hendidas simples presentando a la Sociedad Europea de Ortodoncia provocó, posteriormente un desarrollo interesante.

En 1936, M. Tischler presentó placas sumamente sofisticadas y, en 1938, A. Martin Schwarz publicó un texto enteramente dedicado al tratamiento con placas. Allí se mostraban distintas placas hendidas con varios tornillos. Estas placas, con algunas modificaciones y mejoras, aún están en uso.

Viggo Andresen (1910) desarrolló el activador a partir de una placa implementada por Kingsley a la que agregó extensiones laterales para cubrir las caras linguales de los dientes inferior-

res. El primer aparato de este tipo fue construido como contenedor después de la corrección de la distocclusión en su propia hija.

El estudio derivó en el Activador de Andresen, aparato diferente de cualquier otro aparato removible usado hasta aquella época. Totalmente inerte y con libertad de movimiento en la cavidad oral, era puesto en movimiento por la lengua y la musculatura oral. La corrección de la maloclusión se efectuaba por transmisión de estímulos musculares a los dientes, tejidos de soporte y maxilares.

Aunque Andresen fue quien creó el activador, el aparato fue mencionado

por vez primera, 1936, en forma extensa y comprensible en el texto escrito por Andresen y Karl Haupl.

En 1949, H.P. Bimler publicó una descripción definitiva de su aparatología miodinámica que había comenzado a desarrollar en la 2a. guerra Mundial tratando traumatismos maxilares.

Posteriormente fueron creadas distintas aparatologías utilizando principios de los autores nombrados: Stockfisch (Kinetor), Klammt (Activador), Balters (Bionator), Rolf Frankel (difiere de los otros métodos en que el vestíbulo bucal es la "base de operaciones" para el tratamiento).

M.M. GARDELLA LIDA

DISPONE PARA USTED
UNA AMPLIA VARIEDAD DE
PRODUCTOS DE LAS MAS RECONOCIDAS
MARCAS
CON LOS MEJORES PRECIOS.
G. NEO PLUS - KERR - TRUBYTE BIOTONE -
HOMARE
PARA SU MEJOR COMODIDAD ESTAMOS EN:
CONVENCION 1459 TEL 90 36 25
LAS HERAS 1994 TEL 81 71 65