

Doctor, ¡quiero aparatos movibles, aparatos fijos, tal o cual bracket o técnica que evite las extracciones, que disminuya el tiempo del tratamiento, con tapita, transparentes, invisibles!

Doctor, I want removable devices, removable or fixed appliances, such or such bracket or technique that avoids extractions, short treatment duration, with transparent, invisible covers!

Guillermo Ángel Finguer

Profesor emérito, Escuela de Odontología, Universidad del Salvador / Asociación Odontológica Argentina

“Si cerráis la puerta a todos los errores,
también la verdad quedará afuera.”

Rabindranath Tagore

Resumen

Los intereses económicos de las casas comerciales parecen tener que ver con la fe de los profesionales en los materiales y los instrumentos por sobre los fundamentos básicos de la ortodoncia; es decir, sobre la elaboración de un correcto diagnóstico y la de un plan o varios planes de tratamiento más adecuados.

La ortodoncia basada en la evidencia nos da la posibilidad de elegir tratamientos desde lo científico, más que desde opiniones y publicidades.

Palabras clave: Evidencia científica, información, marketing, ortodoncia, tecnología.

Abstract

The economic and the commercial interests seem to depend more on the professional trust in materials and instruments than on the fundamentals of orthodontics such as correct diagnosis and selection of one or more adequate treatment plans.

Evidence based orthodontics gives us the ability to choose scientifically justified treatments rather than others based on opinions and advertisements.

Key words: Information, marketing, orthodontic technology, scientific evidence.

En mis más de cincuenta años como especialista he oído muchísimas veces la frase que da título a este editorial, y últimamente con más frecuencia.

Algunos pacientes creen que los aparatos de or-

tondoncia son la piedra filosofal, capaz de embellecer una boca y un rostro.

Como especialistas, es nuestro deber escuchar al paciente y brindarle información desde el primer

momento. Cuando nos dice: “Quiero tal o cual bracket o aparato”, podemos responder mostrándole los aparatos disponibles y preguntarle: “¿Cuál de todos prefiere?”. Otra manera de encararlo es la siguiente: “Preguntarme qué bracket o técnica uso, o si extraigo o no, es como preguntar en qué viajás: a veces en auto, otras veces en avión, en barco, a caballo, a mula o a camello”. En cuanto al tiempo de tratamiento, podemos decirle: “Para reducir el tiempo de un viaje, en vez de viajar en un avión turbo hélice podemos hacerlo en un jet; pero en ortodoncia aún no existen brackets que aceleren los procesos biológicos”. Siguiendo con los ejemplos didácticos, podemos agregar: “Cuando uno quiere escuchar un buen concierto de piano y orquesta, elige al pianista; es muy raro que vaya al concierto por la marca del piano”.

Aclarado este primer punto, es una obligación moral dar al paciente una explicación acerca de lo que necesita y lo que nosotros podemos brindarle, que se resume en “función y estética”. Es muy probable que, al lograr estos objetivos, los pacientes lleguen a la tercera edad con una salud y una estética aceptables. Y ese logro será la prueba de que la profesión ha cumplido con su mandato.

Para poder lograr todo esto, debemos tener presentes las tres “C”: comunicación, comprensión y confianza. Y con ellas me refiero a la empatía, que consiste en ponernos en el lugar del paciente.

Una vez que hemos introducido al paciente en el tema y es consciente de lo que realmente necesita, es preciso establecer el plan de tratamiento, para lo cual debemos valorar las distintas técnicas y los resultados que podemos obtener con ellas de acuerdo a una serie de datos que nos brindan el diagnóstico y la historia clínica. Es decir, tener en cuenta la edad, el sexo, el biotipo facial, las asimetrías, el perfil facial, la clasificación de Angle, la salud periodontal y la salud articular, entre otras cuestiones.

Volviendo al título del presente editorial, cabe preguntarse: ¿Por qué muchos pacientes y también algunos colegas esperan soluciones de parte de técnicas, materiales e instrumentos sin el respaldo de una buena formación profesional?

Para responder a esto, debemos remontarnos cien años atrás, al padre de la ortodoncia moderna, Edward H. Angle (1855-1930), cuyos aparatos fueron patentados. En un párrafo acerca de su legado podemos leer: “Inventor de ingeniosos sistemas biomecánicos que culminaron con el aparato de arco de canto (1925), que es la clave de la mecánica ortodóncica usada hoy en día”. Es decir, la especialidad se inició con un fuerte apoyo tecnológico.

De allí en más, comenzaron a llegar a los consultorios nuevas tecnologías para ser utilizadas como algo natural, un estadio de la evolución, un giro más de la rueda del progreso. Al respecto, no es extraño que en los congresos anuales de la Asociación de Ortodontistas Americanos haya más de mil seiscientos stands que expongan tecnología para ser usada en la clínica.

De modo que es preciso tener en cuenta ciertos términos relacionados con el tema que nos ocupa: “marketing”, “obsolescencia programada”, “eficiencia” y “eficacia”.

Marketing (anglicismo; en castellano, *mercado-tecnia*). Es el arte o la ciencia de satisfacer las necesidades de los clientes y, al mismo tiempo, obtener ganancias. Involucra estrategias de mercado, de ventas, estudios de los mercados, posicionamientos de mercado, etc. Frecuentemente se confunde este término con el de “publicidad”, que es apenas una herramienta del marketing.

Obsolescencia programada. Es la determinación, durante la fase de diseño, de la vida útil de un producto o servicio por parte del fabricante, de modo que se torne obsoleto tras cierto lapso. Este concepto surgió durante la crisis de 1930. Un ejemplo clásico es el de Thomas A. Edison, inventor de las bombillas de luz: aunque podían durar dos mil quinientas horas, la industria exigió que duraran sólo mil.

Eficiencia. Mide la relación entre los medios empleados para alcanzar un objetivo y el valor de éste en términos económicos.

Eficacia. Refiere a la capacidad de lograr un objetivo sin medir los costos.

A partir de estos términos, se puede pensar que los intereses económicos legítimos de las casas comerciales han generado una especie de “fe” en los propios instrumentos, más que en los fundamentos de la ortodoncia, que tienen que ver con la elaboración de un correcto diagnóstico y un plan de tratamiento adecuado.

La ortodoncia basada en la evidencia nos brinda la posibilidad de elegir tratamientos teniendo en cuenta datos científicos en lugar de opiniones y publicidades. Los materiales y los medicamentos se venden, pero no ocurre lo mismo con las ideas esenciales. Documentar, comparar y buscar evidencias científicas es el camino que la ortodoncia moderna debería seguir, aunque desafortunadamente mucha evidencia esté siendo ignorada en detrimento de la ganancia económica que proviene de tratamientos fáciles avalados por el marketing.

Recaudar grandes ganancias es un incentivo para cualquier empresa, independientemente de la cien-

cia. Pero nosotros, conscientes de ello, debemos estar siempre alertas para asegurar que se trate de la verdad, y no del producto.

Cualquier producto o método médico implica defectos y riesgos, y los fabricantes y los promotores deberían asumir su parte de responsabilidad en los lanzamientos. Suponer el éxito de un producto comercial a partir de una publicidad masiva sin evidencias científicas es un modo de pensar ilusorio e insostenible.

Frecuentemente, permitimos que las compañías y sus promotores –algunos de los cuales son ortodontistas– diserten sobre nuestros aparatos, planes de tratamiento y biomecánicas. No deberíamos aceptar que se publicite determinada técnica con promesas de “sonrisas plenas”, “un mejor perfil” y “mejor soporte del tercio medio de la cara”. Ni tolerar la existencia de publicaciones sin sostén en las evidencias –más allá de los casos elegidos– ni registros a distancia. ¿Se puede afirmar que no extraer es la mejor solución para embellecer el perfil y la apariencia facial mejorando al mismo tiempo estabilidad y salud para los tejidos periodontales? Precisamente, este proceder no es avalado por la evidencia científica.

Cuando en un artículo o en una conferencia el núcleo del pensamiento es la promesa de excelencia, o cuando se propone tratar a todo paciente por medio de determinado bracket y con el mismo plan de tratamiento, sin extracciones, sin cirugía, sin disyunción palatina, sin tracción extraoral, sin dolor y en poco tiempo –soluciones muy atractivas tanto para el paciente como para quien se inicia en la especialidad–, no se está actuando de manera profesional. En este tipo de discurso abundan palabras o expresiones como “perfección”, “excelencia”, “lo mejor para el paciente”, “menor tiempo de sillón”, “mayor belleza”, “predominancia estética”, “alta tecnología”, “fuerzas ligeras”, “baja fricción”, “adaptación ósea”.

Si todos los pacientes son tratados con la misma aparatología como única mecanoterapia, ¿no estará el sistema diagnóstico centrado en la aparatología, más que en las necesidades particulares de cada paciente?

Según varios trabajos que comparan nuevos brackets con tecnologías clásicas, algunos de los nuevos sistemas salen mal parados. Pero ésa es la lógica de la evolución rápida y desenfadada.

¿Nuevos brackets, nueva ortodoncia? No: nuevos brackets, nuevos instrumentos, con el aval de investigaciones rigurosas sobre sus efectos. Que sus muy oportunas cualidades no enmascaren al verdadero protagonista de una buena ortodoncia.

No puede haber una receta única, una prescripción mágica para todos los pacientes. Por lo tanto,

el ortodontista debe saber diagnosticar, personalizar sus tratamientos, manejar la elección y el doblado de alambres.

La decisión de extraer o no extraer, de usar determinada mecanoterapia, debe ser producto del diagnóstico y de objetivos de tratamiento, y no consecuencia de una campaña de marketing.

Si el mecanismo básico utilizado para evitar extracciones es una gran expansión de la arcada a igual magnitud que aquella por la que E.H. Angle abogó hace más de cien años, con el paso del tiempo el biotipo facial –además de otros factores– volverá a buscar un equilibrio y se producirá la recidiva, como fue clínicamente demostrado en la década del cuarenta del siglo pasado. Los ortodontistas experimentados saben que el equilibrio natural y la homeostasis tarde o temprano ganan, de modo que más vale trabajar con la naturaleza, en vez de soñar con un sistema que va en contra de ella.

El destacado ortodontista John V. Mershon (1867-1953), profesor de la Universidad de Pensilvania, presentó sus enseñanzas desde un punto de vista biológico más que mecánico. Sus estudios sobre recidiva lo condujeron a aquella cita memorable: “Usted puede mover los dientes donde usted crea que deben estar; la naturaleza los ubicará donde mejor se adapten al resto”.

En lo que respecta a las creencias actuales acerca de ensanchar las arcadas para evitar las extracciones, tal como lo proponía E.H. Angle, hoy se utilizan aleaciones de cobre-níquel-titanio de gran resiliencia, y que distribuyen las fuerzas expansivas mucho más suavemente que los arcos de oro que utilizaba Angle, o que la plata alemana y los arcos de acero cromado.

Pierre Fauchard, en su libro *Treatise on dentistry* (1728), fue el primero en publicar un aparato para corregir las maloclusiones, al que llamó *bandelette*. Fauchard aconsejaba “tratar las irregularidades con la expansión de las arcadas”, lo cual es entendible, pues en esos años habría sido muy raro –huelga dar razones– que alguien se sometiera a extracciones de piezas dentarias sanas para corregir apiñamientos.

En síntesis, el horizonte no debe estar en tener un aparato de última generación que logre ubicar todos los dientes en la boca, sino en alcanzar los objetivos fundamentales: estética, función y estabilidad en el tiempo.

Por último, no está de más referir cuáles deberían ser, en orden, las prioridades de una buena formación profesional: el prestigio de la Universidad y del plantel docente, un examen de capacidad y ética para aspirar al título y, finalmente, materiales de última generación. No deben invertirse las prioridades.

Quiero terminar este editorial con una cita del prólogo de *Atlas y tratado de ortodoncia y ortopedia dentaria*, del Dr. Emilio Herbst, odontólogo de Bremen, traducido al castellano en 1912, y que se encuentra entre los libros especiales, muy antiguos, que atesora la biblioteca de la Asociación Odontológica Argentina: “En los libros americanos de Case, Angle y Knapp, bastante conocidos en la hora actual, casi exclusivamente son descriptos los métodos y los aparatos de los autores respectivos, pero en un Manual de conocimientos generales de una especialidad deben figurar todas las opiniones merecedoras de estimación, y, sobre todo, debe evitarse en lo posible sugestionar al lector con un procedimiento determinado obligándolo a su adopción”. Creo que el Dr. Herbst tenía el mejor de los sentidos, que es el sentido común.

Bibliografía

1. Burrow SJ. To extract or not extract: A diagnostic decision, not a marketing decision. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2008;133:341-2.
2. Hang Y, Keiling L, Rahimi A, Rejman S, Eliades T, Jäger A, et al. Numeric modeling of torque capabilities of self-ligating and conventional brackets. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2009;136:638-43.
3. Herbst E. *Atlas y tratado de ortodoncia (ortopedia dentaria)*. Madrid, Librería Académica, 1912.
4. Proffit W. Dr. William Proffit on the present and future of orthodontics. Interview by Sarah Shoaf. *J Clin Orthod* 2008;42:711-7.
5. Reznikov N, Har-Zion G, Barkana I, Abed Y, Redlich M. Measurement of friction forces between stainless steel wires and reduced friction “self-ligating brackets”. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 2010;138:330-8.
6. Rinchuse DJ, Busch LS, DiBagno D, Cozzani, M. Extraction treatment, part 1: The extraction vs. nonextraction debate. *J Clin Orthod* 2014;1248:753-60.

Contacto:

GUILLERMO ÁNGEL FINGUER

gaf1@fibertel.com.ar

Av. Maipú 1942, 9° “A” (B1602ABT)

Vicente López, Provincia de Buenos Aires, Argentina