

CUSTOM-MADE STRAIGHT WIRE CSW

TERMINACIÓN DE CASOS. RETENCIÓN. DESGASTE SELECTIVO

9

PABLO ECHARRI
MIGUEL ÁNGEL PÉREZ CAMPOY
JAVIER ECHARRI

ATHENEA
DENTAL INSTITUTE

Capítulo 2

Refinamiento o retención, dónde están los límites

Ignacio García-Espona



Introducción

La retención y la recidiva ortodóncica han sido, sin duda alguna, uno de los capítulos que más han ocupado y preocupado a los ortodoncistas. De forma generalizada los más extensos tratados de ortodoncia abordan la cuestión y a ella dedican sistemáticamente algún capítulo que recoge no solo las indicaciones clínicas que consideran más pertinentes, sino la referencia a trabajos de investigación que ilustran la necesidad y la pertinencia de determinados métodos respecto a otros para los diferentes cuadros maloclusivos. Incluso, más recientemente abordan la cuestión desde una perspectiva basada en la evidencia, en un intento de clarificar qué es realmente significativo y qué no ha probado ser pertinente de forma indubitada en lo que a retención se refiere.

Los grandes autores de la ortodoncia abordan también la cuestión como parte del global de su filosofía, si bien muchas veces con criterios contradictorios, no solo entre figuras significativas de épocas distintas sino incluso entre grandes maestros coetáneos. Opiniones además que oscilan enormemente, desde el más absoluto minimalismo retentivo (que considera que un tratamiento que se realice con todos los requisitos oclusales, funcionales y periodontales no requeriría retención alguna) a quienes propugnan la necesidad de una retención fija vitalicia para ambas arcadas, muchas veces asociada incluso a retención removible nocturna. Uno de los pocos autores sobre el que ha habido un consenso generalizado en cuanto al abordaje de la retención ha sido Riedel, muchos de cuyos principios serían de aplicación vigente aún hoy día.

Sin embargo, la ortodoncia ha cambiado dramáticamente en los últimos 25 años y con ello el enfoque a la retención ortodóncica podría empezar a hacerlo también. La aparición de la terapia con alineadores ha sido una revolución de una velocidad sorprendente en el mundo de la ortodoncia, que parece que acabará destronando al bracket como principal elemento terapéutico en detrimento de los alineadores.

Una ortodoncia nueva en la que el concepto de **refinamiento** crea un área difícil de deslindar en ocasiones del concepto de retención, especialmente cuando el refinamiento tiene lugar, tras varios otros, de forma tardía y que por su prolongación en el tiempo parece retrotraernos a la época de los retenedores removibles. Solo el concepto de retención activa podría equivaler en cierto modo a esos refinamientos tardíos que se realizan varios años tras acabar el propiamente denominado tratamiento ortodóncico. Con ello se introduce además un elemento diferencial respecto al pasado: la ligazón del paciente, por razones económicas fundamentalmente, a la casa comercial que manufactura los alineadores, por encima incluso, si fuera el caso, del vínculo con el profesional.

A ello se suma, junto a otros múltiples factores de cambio, la introducción masiva del “marketing” en la clínica ortodóncica y como elemento más extremo y representativo del mismo cabría señalar el envío directo al paciente de los alineadores desde múltiples páginas webs (“*Aligners Direct To Consumer*”), ligadas o no a las grandes multinacionales de su fabricación.

Y en este contexto tan diferente de tratamiento con alineadores, asistimos a la aparición de tratamientos ortodóncicos en los que la retención tiene un enfoque nuevamente disperso: desde aquellos que obvian la retención y ni siquiera la mencionan, hasta aquellos otros que la consideran explícitamente incluida como un todo y dentro del mismo. Un planteamiento este último, el del “todo incluido” (referido al contexto ortodóncico, especialmente en la terapia con alineadores) que es relativamente novedoso en nuestra área y que será el objeto de análisis de este capítulo.

La ortodoncia del todo incluido: servicio o producto

Analizaremos en esta sección múltiples consideraciones relativas a la inclusión de la retención dentro del tratamiento ortodóncico, especialmente en lo referente a aquellos tratamientos realizados con alineadores.

Desde un punto de vista conceptual incluir o no la retención ortodóncica como parte del tratamiento estaría ligado de forma indirecta a la consideración de si nuestra prestación es la de un **servicio profesional** o si por el contrario se trata de la venta y puesta a punto de un **producto** al paciente, lo cual implicaría la aparición de un nuevo concepto en ortodoncia, el de **garantía**.

Históricamente no cabe duda que los ortodoncistas hemos considerado nuestro quehacer como un servicio profesional encaminado a la consecución de un objetivo al que se dedicaban todos nuestros conocimientos, formación y habilidades. En tal sentido, la elección por parte del paciente de un buen profesional era una parte crucial para asegurarse la calidad de un buen resultado final. Además, a ninguno se nos escapa que en el abordaje tradicional el servicio incluía el/los productos (antes brackets y todo otro tipo de aparatología auxiliar, ahora alineadores y sus adendas), pero el coste evidentemente no era solo el del producto.

En la nueva dinámica que marcan el “marketing”, las redes sociales y las grandes multinacionales de la ortodoncia con alineadores es el paciente quien en muchas ocasiones acude a su primera cita con el producto elegido (que puede, literalmente, no estarle indicado) y como tal producto, dichas compañías le asocian una garantía temporal en la que están incluidos un número determinado o indeterminado de alineadores. Es la marca comercial del producto incluso quien facilita al paciente (en realidad ahora más cliente o consumidor que otra cosa) un listado de “proveedores” (antes llamados doctores) que pueden llevar a cabo su tratamiento, ordenados según el más que discutible criterio del número de tratamientos y la facturación habida con la citada compañía en el ejercicio previo. En este nuevo enfoque, determinadas empresas se sienten incluso en la libertad de sugerir el precio del tratamiento que incluye a su producto, independientemente de la valía del profesional o del recurso a otros medios auxiliares, como si el resultado fuera dependiente únicamente de su producto y como si de un servicio de “barra libre” se tratara.

La retención ortodóncica como garantía

Difícilmente, en mi opinión, puede exigirse u ofrecerse una garantía convencional, que se aplica a otros bienes de consumo, tras un tratamiento de ortodoncia. Son tantos los factores implicados y que incluyen, entre otros, la propia colaboración del paciente, que no parece factible garantizar la absoluta estabilidad del mismo. Cuestión diferente es que se articulen todos los procedimientos necesarios y se den todas las instrucciones precisas para el mantenimiento del resultado ortodóncico final, algo que debe ser considerado ya desde el inicio del propio tratamiento y no solo al final.

Como profesionales no debemos “mirar para otro lado”, sino tratar de buscar un equilibrio razonable de responsabilidades por parte del doctor y el paciente que tiene implicaciones legales y económicas sobre un proceso de cambio que es fisiológico de forma vitalicia.

Como usuario que es, el paciente tiene derecho a conocer esta realidad al inicio del tratamiento, no solo al final. Una realidad que es un fenómeno transversal, no ligado de forma específica a un profesional y con unas ratios de presentación muy frecuentes. Y debemos hacerle conocedor de por qué la situación es así y por qué se requiere su implicación, para que su decisión de tratamiento sea una decisión plenamente consciente.

El paciente debe conocer que el tratamiento ortodóncico implica estructuras diversas (dientes, huesos, músculos, articulaciones...) que están sometidos a un proceso de cambio biológico permanente al igual que ocurre a otros niveles del organismo humano. Es fácil explicar a un paciente que al igual que con los años la piel se torna flácida y arrugada o el pelo se pierde y se torna canoso, los dientes anteroinferiores tienden a apiñarse moderadamente de forma natural en la adolescencia tardía (además de muchos otros cambios que han sido datados en múltiples trabajos de investigación), por lo que se hace necesaria la instauración de procedimientos diversos de retención (Figuras 1 a 4) que limiten su impacto y en los que la cooperación del paciente y la reevaluación periódica del paciente por parte del profesional son elementos clave.



Figura 1: Retenedores envolventes de ambas arcadas.



Figura 2: Retenedor transparente tipo Essix.

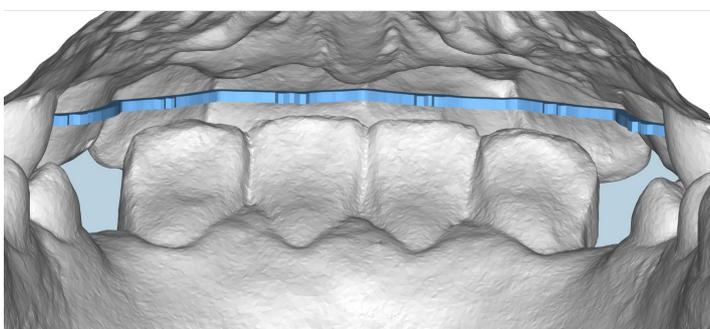


Figura 3: Retenedor lingual 3 a 3 superior diseñado digitalmente y confeccionado de forma individualizada para evitar contactos con los dientes antagonistas, una de las razones más frecuentes del descementado de los retenedores fijos (3A). El retenedor en boca tras su cementado por procedimiento indirecto (3B).

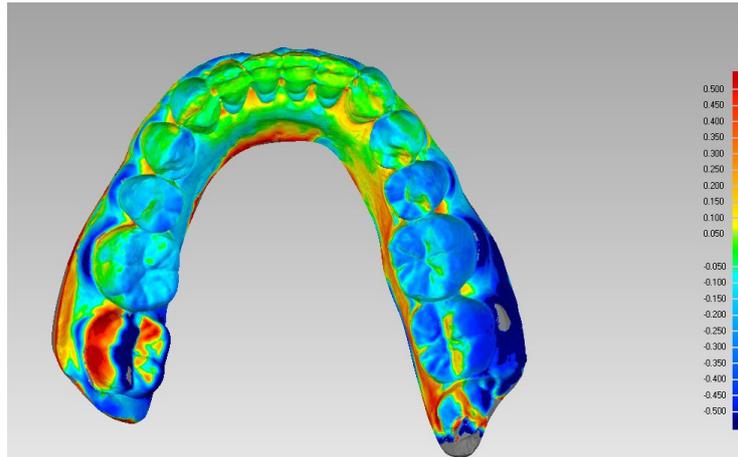


Figura 4: Estabilidad dentaria según una escala colorimétrica dos meses tras el cementado de un retenedor lingual. A corto plazo y salvo descementado precoz, la estabilidad tiende a ser muy elevada.

Aun así, no es extraño que en este contexto de batalla comercial abierta, algunos pacientes ya empiecen a familiarizarse no solo con el concepto de garantía en odontología, sino incluso con el de **garantía de por vida**. Ya lo hemos visto anunciado en televisión, vallas comerciales y folletos en el buzón con los implantes dentales. Garantías de por vida que serían por tanto más extensas para pacientes jóvenes que para pacientes de edad avanzada y que no siempre dejan claro si se refieren a la vida del paciente, a la vida del profesional/compañía que las realiza o a la previsible vida media del producto. Garantías de por vida que nos ofrecen muchas dudas, pues no todas las clínicas persisten durante tal vida, máxime cuando hemos visto una vez tras otra cómo muchas de las franquicias y de los profesionales que las ofrecían, colapsaban comercialmente de forma brusca dejando sin sentido la garantía prometida. Garantías vitalicias que además implicarían en muchos casos la extensión de la misma a profesionales diferentes a los que indicaron y realizaron el procedimiento.

Los pacientes, en estas cuestiones relativas a la salud, deberían ser prudentes y no sucumbir a los reclamos y trucos psicológicos del “marketing”. Ya decía Francisco de Quevedo que “Nadie ofrece tanto como el que no va a cumplir”. El “marketing” trata de convertir la decisión de “compra” del tratamiento ortodóncico (y todo lo que ello implica) en algo emocional, instintivo, de decisión rápida, desprovéyendolo de su fundamento racional. Al “marketing” le interesa que el paciente perciba su tratamiento con alineadores como algo completa y permanentemente controlado y para nada la percepción de que ello le supondrá también una responsabilidad e implicación personal, dado que lo que se pretende es una venta o contratación inmediata en la que se enfatiza el producto sobre el servicio.

Sin embargo, parece claro que el fenómeno de la retención “con garantía” o “todo incluido” se acerca a pasos agigantados hacia la ortodoncia de la mano de los tratamientos con alineadores. No deberíamos cometer el mismo error que cometieron algunos de nuestros colegas con los implantes dentales. Copiemos y sigamos el ejemplo de nuestros colegas médicos en esta cuestión. ¿Alguien exigiría a un médico garantía en el corto, medio o largo plazo del tratamiento de una hernia o de una nefritis? Parece como si cuanto más grave fuera el problema del paciente, (p.ej., una neoplasia) más se aceptara la ausencia de “garantía”. Cuanto más relativo a la salud, menos se exige ésta y por el contrario, cuanto más relativo a la estética y a lo comercial, más se demanda. Ello nos debería hacer reflexionar seriamente sobre el error grave que puede ser ligar la ortodoncia solo a la estética y cada vez menos a la salud, a la función y al bienestar general.

Incluso, dentro de la odontología, son muchos los procedimientos que contemplan de forma completamente normalizada la duración limitada en el tiempo del procedimiento. Cualquier paciente entiende que una restauración requiere un mantenimiento, recambio y control necesario en el tiempo. O que un blanqueamiento dental requiere dosis de recuerdo cada cierto número de años según múltiples condicionantes. Y qué decir de los rellenos de tejidos blandos, que no solo se repiten de forma continuada, sino que además tienden a irse asociando a nuevos procedimientos de otra naturaleza.

Seamos pues francos y despojémonos de un absurdo pudor que nos obliga a responsabilizarnos de forma permanente de la estabilidad del tratamiento ortodóncico, una estabilidad de la que no gozan ni siquiera los pacientes que nunca se someten a tratamiento ortodóncico y para la que no parece haber predictores significativos en el largo plazo. Afrontemos de forma clara que probablemente un paciente pueda requerir diferentes tratamientos a lo largo de su vida, si bien no de igual grado de complejidad. Quienes quieran ofrecer una retención vitalicia como garantía que asuman su cuota de responsabilidad, pero que no pretendan trasladar a los demás una decisión que no tiene base científica sino comercial, pues sabemos objetivamente que la retención más eficiente es la que realizan los retenedores cementados fijos, pero que aun así estos fracasan en un 54% de los casos 5 años tras su colocación y muy especialmente en el primer año de su cementado. La decisión de ofertar una retención vitalicia probablemente nos lleve al absurdo de retratar, con añadido complejo de culpabilidad, a nuestros antiguos pacientes a la misma vez que tratamos a sus hijos o incluso a sus nietos.

Duración de la garantía de la estabilidad ortodóncica

La inclusión de una garantía de estabilidad ortodóncica como parte del tratamiento ortodóncico tiene una dificultad muy específica que es cuantificar su extensión en el tiempo. Cabe preguntarse cuándo el paciente de esta nueva ortodoncia de múltiples alineadores y refinamientos, como consumidor, se dará por satisfecho con la extensión de su “garantía”.

Por comparación, algunos otros bienes y productos de bajo coste ofrecen ocasionalmente garantías “de por vida” (por ejemplo, bombillas, grifos, tostadoras, etc), que finalmente luego suelen ser solo la de vida media esperada del producto y que a la hora de la verdad porcentualmente son más un ardid para cambiar la disposición a la compra del consumidor que otra cosa, dado el bajísimo porcentaje de usuarios que la ejecutan. Extrapolar ese concepto de vida media del producto a un tratamiento ortodóncico nos resulta muy difícil de establecer.

Probablemente la garantía más extensa que se aplica en España es la referente a edificaciones, que cubre 10 años y solo en la relativo a defectos estructurales. Algunas marcas de coches muy garantistas extienden la misma, también de forma parcial, hasta los 5-7 años y se requiere en cualquier caso un mantenimiento anual con coste sobre lo que consideran elementos fungibles. Los electrodomésticos y la amplia mayoría de los bienes de consumos sitúan su garantía de modo general en 2 años. ¿Dónde establecer el límite para la “garantía” del tratamiento ortodóncico, en una estructura que mantiene su función de forma ininterrumpida en condiciones extremas de humedad, presión, diferencias térmicas o ataques ácidos y microbiológicos?

En la ortodoncia con alineadores algunas marcas comerciales han establecido períodos en los que se incluyen confecciones adicionales gratuitas de los mismos de entre 2 y 5 años. Ello incluye la manufactura de los mismos, pero a nadie se le escapa la implicación adicional de tiempo y coste que supone para el profesional su diseño y su implementación en clínica. Cabe pues preguntarse si no es ilógico asimilar la garantía de confección del producto a la del servicio que se requiere de forma adicional.

Y por encima de todo, si dicha “garantía” se puede ofrecer en iguales condiciones a pacientes colaboradores con su retención y que acuden de forma regular a sus controles respecto a aquellos otros que literalmente desaparecen de la clínica una vez acabado el tratamiento y solo aparecen cuando surgen problemas mayores.

Implicaciones legales de la retención todo incluido

Finalizada la fase activa de todo tratamiento ortodóncico, sea con alineadores o con brackets, deberíamos requerir siempre por parte del paciente la firma del alta de conformidad y hacer entrega de la información e instrucciones relativas a la fase de retención, a modo de un nuevo informe consentido (Figura 5). Un informe que debería ser muy claro y que debería expresar la necesidad de retenciones prolongadas y ocasionalmente vitalicias con sus oportunas citas de seguimiento. Y todo ello acompañado, obviamente, de la realización de unos adecuados registros finales (fotográficos, de modelos y radiográficos) que permitan comprobar de forma fehaciente la adecuada finalización del mismo. Tales registros serán un elemento clave a la hora de discernir a quién corresponden y en qué medida las oportunas responsabilidades en caso de una recidiva.



Figura 5: Al término del tratamiento activo de ortodoncia es conveniente la entrega de la información e instrucciones relativas a la fase de retención, a modo de un nuevo informe consentido.

Aunque comercialmente haya podido quedar expresada la cobertura de las recidivas mediante una garantía en un presupuesto o campaña publicitaria, desde un punto de vista legal, estaríamos presumiblemente aceptando una responsabilidad profesional difícilmente desligable de la comercial. Así, cuando realizamos un tratamiento por recidiva de forma gratuita en mi criterio lo menos importante que asumimos es el gasto, siendo lo más importante la responsabilidad legal profesional. Asumir la totalidad del coste implica, de alguna manera, aceptar en gran medida la responsabilidad del origen de la situación y de ello deberíamos ser conscientes. Tradicionalmente el abordaje de estas situaciones se ha hecho desde la buena voluntad por parte del profesional, generalmente a costa de reducir sus tarifas en el nuevo tratamiento. Que el paciente tenga incluidos nuevos alineadores es una cuestión que redundará obviamente en un menor coste, pero no tiene por qué significar la exención completa del mismo. Asumir pues como profesional la exención total de gastos o aún peor, una garantía de por vida en el tratamiento ortodóncico, puede ser un discutible objetivo de “marketing”, pero sin duda alguna un suicidio profesional.

Si la recidiva es leve, centrada en el desalineamiento de dientes anteriores y aparece en el corto o medio plazo y es consecuencia de pérdidas, descementados o roturas de los retenedores que no se comunican con la debida diligencia, probablemente el retratamiento sea de fácil solución con alineadores, pero aun así deberíamos hacerlo constar en un documento específico o al menos en la historia clínica del paciente. Curiosamente, son estas situaciones leves y que se expresan en el corto plazo las que en mayor grado despiertan la ira del paciente, que parece irritarse en menor grado cuando la recidiva es más tardía, pese a que incluso pueda ser mucho más grave.

Si por el contrario la recidiva es severa, más a medio o largo plazo y afecta a dientes posteriores o de forma significativa a la relación sagital, vertical o transversal de los mismos probablemente se requiera un nuevo tratamiento de larga extensión. Son estos casos, sin duda, los más problemáticos y los que más comprometen la idoneidad del primer tratamiento. Aunque afortunadamente son infrecuentes, no son excepcionales los desarrollos tardíos desfavorables, especialmente los de naturaleza sagital y vertical.

Los pacientes periodontales merecen especial mención. De una parte, porque son pacientes especialmente predispuestos biológicamente a la recidiva. Pero también porque, en el contexto de una retención vitalicia, pueden llegar a interpretar de forma errónea la expresión clínica de su enfermedad periodontal (EPO), sobre todo en las fases iniciales y en los debuts precoces, como una complicación derivada del tratamiento ortodóncico. Evidentemente, cuando el paciente tiene antecedentes familiares acepta y discierne con más facilidad entre su EPO y la retención ortodóncica, siendo más propenso a aceptar la inexistencia de relación causal entre ambos. Y este concepto, el de que otras patologías orales se irán expresando de forma coincidente con la retención ortodóncica, debe ser enfatizado para que el paciente no se crea falsamente protegido frente a todas ellas (caries, quistes, líquenes orales, EPO, etc).

La recidiva del paciente migrante

La nueva dinámica social en lo concerniente a movilidad personal es un hecho connatural a nuestros días. Se desplazan los más jóvenes por largos períodos entre colegios de diferentes países por razones de aprendizaje lingüístico, entre universidades del mismo o diferentes países por motivo de intercambios, becas y másteres, un poco más tarde por motivos laborales, en la búsqueda de nuevos mercados de trabajo e incluso por razones económicas derivadas de las recientes crisis, que han afectado especialmente a determinados sectores productivos.

Todo ello ha hecho que aparezca una situación relativamente nueva en ortodoncia: la del paciente que se ve obligado a interrumpir de forma relativamente súbita e imprevista la continuidad del tratamiento con su doctor habitual. Tal vez el tratamiento con alineadores, que permite un control menos frecuente y que en cierta manera se puede monitorizar con más facilidad en la distancia, simplifique la culminación del caso aun cuando sea con controles más espaciados y a costa de un alargamiento de la duración del mismo.

Sin embargo, en caso de recidiva una vez completado el tratamiento, el paciente que requiera retratamiento y que ha cambiado de lugar de residencia probablemente buscará resolver su situación en su nuevo destino. Y si dicho tratamiento se llevó a cabo con alineadores y el paciente puede disfrutar aún de alineadores extra sin coste habrá de decidir si la resolución la realiza el profesional de origen (desde la distancia) o un nuevo profesional local. Y ello plantea una situación con claras implicaciones profesionales, legales y económicas que no siempre serán fáciles de resolver.

En el mejor de los casos el nuevo profesional local considerará, salvo en casos muy menores, dicho retratamiento como un nuevo tratamiento a todos los efectos (y no siempre como una recidiva) y tendrá que decidir si acepta someterse a corregir la recidiva nuevamente con alineadores y de la misma marca comercial original, bajo la presión que le impone el hecho de que el paciente goce de alineadores extra sin coste. Deberá además dejar constancia de la situación en la que llega el paciente, por lo que deberá realizar nuevos registros específicos de inicio, a efectos de delimitar las responsabilidades legales entre uno y otro. Será difícil que ambos doctores en la distancia acuerden una estrategia común, asistidos ambos de razones plenamente válidas por separado, pero que tal vez no convenzan al paciente, especialmente en cuanto al planteo económico se refiere. Si el nuevo doctor considera oportuno emplear otros medios terapéuticos (brackets generalmente) o no está específicamente habilitado para el empleo de los alineadores de la marca original, el conflicto estará servido.

La recidiva del paciente insatisfecho

Una de las situaciones más incómodas en una clínica es la visita de un paciente ajeno que refiere un tratamiento ortodóncico previo y expresa su queja por la expresión de una recidiva supuestamente relacionada con una inadecuada o inexistente fase de retención. En el caso de pacientes propios, al menos nuestra información relativa al caso nos permite adoptar una postura crítica, aunque sea obviamente de parte, en uno u otro sentido.

La falta de conocimiento certero de lo acontecido en el caso de pacientes ajenos nos sume en un mar de dudas y no nos permite diferenciar entre una recidiva, una retención inefectiva o una falta de resolución adecuada del tratamiento y en tal caso, si fue por impericia del facultativo o porque en su momento se pactó un tratamiento de resultados parciales (por ejemplo, con renuncia expresa a la corrección completa de una clase II, de la sobremordida, de una mordida cruzada posterior o incluso si se rechazó el recurso a la cirugía ortognática). Y de otra parte, puede sernos difícil decidir si la interpretación del paciente es acertada o incluso veraz, sin tener más que su propia información.

De forma tal que lo más prudente será ceñirse a resolver la situación actual sin entrar en valoraciones arriesgadas de lo acontecido previamente y en cualquier caso tomar todos los registros de inicio de un nuevo tratamiento que permitan deslindar responsabilidades de tipo legal y profesional ante cualquier hipotética comisión colegial o judicial, si es que la situación llegase a tal extremo.

Tratamientos perfectamente concluidos en su momento pueden haber expresado una incorrecta evolución por factores que el paciente puede no valorar. Por ejemplo, una simple rotura del extremo distal de un retenedor transparente y su uso mantenido en el tiempo es causa de mordidas abiertas. Retenedores

linguales descementados que el paciente no percibe pueden dar lugar a movimientos dentarios aislados por falta de estabilización efectiva. Incluso, están reiteradamente descritos la expresión de volcamientos coronolinguales de los caninos inferiores o la aparición de marcadas asimetrías dentarias en presencia de retenedores linguales perfectamente cementados y no tratarse por tanto de recidivas, sino de iatrogenia de difícil predicción (Figura 6).

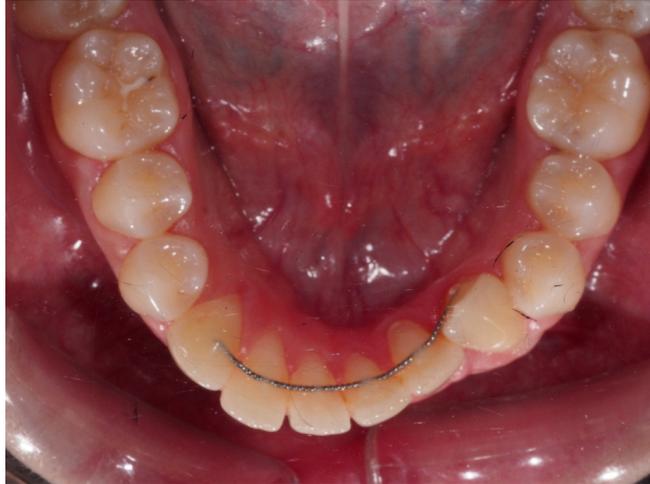


Figura 6: Marcada falta de estabilidad a largo plazo de la posición dentaria con volcamiento coronolingual del canino inferior izquierdo, pérdida de espacio y del alineamiento dentario, así como asimetría de la arcada inferior, pese a la cementación de un retenedor lingual inferior. El paciente ortodóncico requiere revisiones permanentes, muchas veces vitalicias, aun cuando no sea portador de ningún tipo de retenedor.

Será por ello muy conveniente solicitar al paciente su autorización escrita para recabar al doctor original cuanta documentación relativa al caso posea. De hecho, los únicos registros que realmente nos sirven para evaluar la calidad y la estabilidad de un tratamiento son los registros fotográficos, de modelos y las radiografías del inicio y final del primer tratamiento. Ni siquiera nos sirve ver el ajuste en boca de los retenedores que porte el paciente, que bien pudieran no ser los originales o haberlos hecho más tarde en otra clínica. Olvidémonos de pudores profesionales, lo más ético que podemos hacer es contactar con el citado profesional, al que siendo honesto probablemente le evitaremos también problemas legales. Y si paciente o doctor lo rechazan será un primer indicativo de la situación.

La situación se complica enormemente con la nueva dinámica creada por los tratamientos de ortodoncia con alineadores enviados directamente al consumidor y sin control o muy escaso control profesional. Desde la Asociación Española de Ortodontistas (AESOR) hemos descrito más de 50 riesgos asociados a este tipo de práctica ortodóncica, en los que a un probable déficit de acabado se suma un discutible o inexistente control post-retención. En el año 2022 la Asociación Americana de Ortodoncia ha referido que, en este tipo de tratamientos, un 77% de los ortodontistas que los reevaluaron consideraron que dichos pacientes necesitaban retratamiento y que un 61% de los ortodontistas referían recibir este tipo de pacientes al menos una vez cada trimestre. Un problema de envergadura mundial, frente al que 31 asociaciones de ortodoncia europeas han firmado una declaración conjunta oponiéndose a este tipo de tratamientos a distancia de las maloclusiones dentarias.

En este tipo de tratamientos a distancia es frecuente encontramos con el agravante añadido que supone no conocer ni al doctor responsable último del tratamiento ortodóncico ni su cualificación profesional y a quién responsabilizar en caso de cualquier incidencia durante o tras el tratamiento. Pacientes que además en muchos casos no fueron informados en modo alguno de implementar el tratamiento ortodóncico con un adecuado plan de retención.

Cuestiones filosóficas relativas a la retención “Todo incluido”

Tal vez la primera cuestión de tipo filosófico a abordar en este epígrafe final sería la diferenciación entre dos términos, objetivo y obligación, que los ortodoncistas podríamos estar confundiendo desde hace mucho tiempo. No cabe duda de que la estabilidad ortodóncica es un **objetivo** primario de todo tratamiento ortodóncico y a ello debemos encaminar todos nuestros esfuerzos tanto diagnósticos como terapéuticos. Pero, no siendo la estabilidad oclusal un fenómeno fisiológico inherente al ser humano, no debemos confundir nuestro objetivo de obtener un resultado estable tras el tratamiento ortodóncico con la **obligación** y responsabilidad derivada de su mantenimiento y mucho menos aún como responsables únicos. Abordar esta cuestión desde un inicio, aun cuando pueda ser menos comercial, tal vez nos libraría a los ortodoncistas en gran medida de un injusto sentimiento de culpa que expresamos al abordar la cuestión de las recidivas y cambiaría nuestra forma de actuar frente a las mismas. Rechazando de plano, por ejemplo, la vía a la que parecen arrastrarnos los tratamientos con alineadores de una retención de “barra libre”, en la que todo está incluido de forma temporal o permanente.

La segunda cuestión sería plantear si nuestro enfoque actual de la retención no es demasiado **mecanicista y monofocal**. Mecanicista, porque nos centramos en exceso en retenedores fijos y removibles y descuidamos el componente funcional de la estabilidad. Una funcionalidad que debe ser tratada a la par que el resto de componentes maloclusivos y en la que está implicado el paciente y el ortodoncista y en la que deben participar otros profesionales no solo en la fase activa del tratamiento sino también en la fase de retención. De ahí tildarla de monofocal, porque la estabilidad implica a estructuras que trascienden el terreno propiamente oral e implica a otros profesionales (logopedas, ORL, neumólogos, fisioterapeutas, etc), a los que actualmente dejamos al margen del tratamiento, con evidentes consecuencias negativas para la estabilidad en el largo plazo. Este enfoque funcional y pluridisciplinar es absolutamente contradictorio con el abordaje retentivo del todo incluido, que es en mi criterio un enfoque comercial abocado al fracaso médico en un elevado porcentaje de casos.

Y en tercer lugar, tal vez deberíamos valorar si como profesionales hemos sido capaces de **poner en valor** la necesidad de un seguimiento ortodóncico tras acabar la fase activa del tratamiento, de forma similar a como ocurre con las revisiones odontológicas generales. Revisiones que se deberían potenciar de forma regular precisamente para confirmar la estabilidad del tratamiento realizado y detectar de forma precoz aquellas anomalías de la misma que pudieran estar aconteciendo. Justo lo contrario del mensaje que le traslada al paciente esta nueva filosofía de la retención del todo incluido.

Cuando ha pasado un largo periodo de tiempo desde el final del tratamiento ortodóncico, muchas veces años e incluso más de una década, nos encontramos con una situación en la suelen haber intervenido a diferentes niveles compañeros múltiples y en tales circunstancias es difícil definir el nivel de corresponsabilidad de cada uno de ellos. No es extraño incluso que el paciente haya residido en localidades diferentes y se haya realizado nuevas obturaciones, prótesis e incluso implantes (que podrían no haber respetado la morfología y altura inicial). Incluso en estos largos periodos de tiempo es habitual que otro compañero haya colocado una férula de descarga, que pudiera no haber cubierto oclusalmente al último molar siendo origen de una mordida abierta. El propio paciente puede haber seguido usando de forma contraproducente una férula termoplástica que se rompiera inadvertidamente en su porción distal o que no se adaptara tras la erupción de un nuevo molar en la porción distal de la arcada. Incluso la realización de tratamientos médicos generales puede afectar a la estabilidad ortodóncica por afección del tono muscular o del metabolismo óseo (sedantes, relajantes musculares, antipsicóticos, ...). Y situaciones fisiológicas como el embarazo provocan un cambio hormonal que afecta claramente a todo tipo de ligamentos y por tanto al ligamento periodontal, facilitando el desplazamiento dentario. Son tantas las posibles causas de inestabilidad oclusal, incluso en pacientes sin tratamiento ortodóncico, que la única herramienta verdaderamente válida en la detección precoz de las recidivas es la revisión periódica, que puede ir perfectamente coordinada con la revisión odontológica general. De ahí que éticamente no parezca muy correcto ofrecer una garantía “de por vida” de la estabilidad ortodóncica, aspecto frente al cual sería muy oportuno el posicionamiento deontológico de las sociedades ortodóncicas y de la institución colegial.

Bibliografía recomendada

1. Littlewood SJ, Millett DT, Doubleday B, Bearn DR, Worthington HV. Retention procedures for stabilising tooth position after treatment with orthodontic braces. *Cochrane Database Syst Rev.* 2004;(1):CD002283.
2. Little RM, Riedel RA, Artun, JD. An evaluation of changes in mandibular anterior alignment from 10 to 20 years postretention. *Am J Orthod Dentofac Orthop* 1988 May;93(5):423-8.
3. Cornelis MA, Egli F, Bovali E, Kiliaridis S, Cattaneo PM. Indirect vs direct bonding of mandibular fixed retainers in orthodontic patients: Comparison of retainer failures and posttreatment stability. A 5-year follow-up of a single-center randomized controlled trial. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2022 Aug;162(2):152-61.e1.
4. García-Espona I, López M, Requena MA, Paredes V, Menéndez M, Benítez J, De Haro G. Riesgos asociados al tratamiento ortodóncico a distancia de maloclusiones dentarias. *Maxillaris.* 2022;265:102-4.
5. American Association of Orthodontists. AAO Highlights Health Risks of Mail-Order Orthodontics. 2022.