
Comunicación y manejo interdisciplinario entre especialistas de la Ortodoncia-Periodoncia.

Samira Vega Correa

Universidad de Panamá. Facultad de Odontología. Departamento de Postgrado e Investigación. Panamá. samiracorre4@gmail.com
<https://orcid.org/0000-0003-3516-2889>

Fecha de recepción:15 de diciembre 2021

Fecha de aceptación: 15 de junio 2022

Resumen.

La comunicación y el abordaje interdisciplinario entre especialistas, requiere un manejo muy meticuloso. No debemos limitarnos a la visión de una sola especialidad para lograr nuestro objetivo. Las relaciones entre profesionales especialistas y entre doctor y paciente deben demostrar una sensibilidad que incluya la voluntad de comunicarse, la capacidad de escuchar, y un respeto mutuo entre los profesionales. La naturaleza compleja de los problemas dentofaciales requiere un método de comunicación altamente organizado entre los miembros del equipo para que todos los aspectos del tratamiento puedan expresarse por igual. Es a través de esta comunicación que se puede formular un plan de tratamiento interdisciplinario antes de generar una carta de tratamiento conjunta. Habitualmente, el abordaje interdisciplinario conduce a un óptimo manejo cualitativo, funcional y estético, brindando el mejor plan de tratamiento en situaciones clínicas complejas.

Palabras claves: Ortodoncia, Periodoncia, manejo interdisciplinario, comunicación, tratamiento.

ABSTRACT

Communication and interdisciplinary approach between specialists require very meticulous management. We must not limit ourselves to a single specialty vision to achieve our goal. Relationships between specialist professionals and between doctor and patient must demonstrate a sensitivity that will include the willingness to communicate, the ability to listen, and mutual respect between the professionals. The complex nature of dentofacial problems requires a highly organized method of communication among team members so that all aspects of treatment can be expressed equally. It is through this communication that an interdisciplinary treatment plan can be formulated prior to generating a joint treatment letter. Usually, the interdisciplinary approach leads to an optimal qualitative, functional, and aesthetic management, providing the best treatment plan in complex clinical situations.

Keywords: Orthodontics, Periodontics, interdisciplinary management, communication, treatment.

Introducción

La comunicación y el abordaje interdisciplinario entre especialistas, requiere un manejo muy meticuloso. Es imperante tener presente que para realizar un adecuado tratamiento debemos basarnos en un diagnóstico acertado; es fundamental que para realizarlo debemos tener un enfoque multidisciplinario para así obtener todas las perspectivas necesarias y alcanzar una resolución correcta del mismo. No debemos limitarnos a la visión de una sola especialidad para lograr nuestro objetivo.

Habitualmente los objetivos de un tratamiento de Ortodoncia son la estética facial y dental, y sobre todo establecer una buena oclusión, llevando así al paciente a una adecuada función masticatoria. La Periodoncia busca prevenir, diagnosticar y tratar enfermedades que afecten

a las encías, al ligamento periodontal, al hueso alveolar y demás tejidos que cumplan funciones de soporte dental.

Trabajar interdisciplinariamente es importante para poder darle seguimiento a la salud periodontal de los pacientes durante el curso de la terapia ortodóntica, al igual que es esencial para determinar la condición periodontal del paciente y planificar el tratamiento en conjunto apropiado antes de que se inicie el movimiento dental de ortodoncia.

El objetivo de la presente revisión bibliográfica es mostrar que la comunicación y el manejo interdisciplinario entre las especialidades ortodoncia y periodoncia pueden contribuir a la finalidad de llevar al paciente a un tratamiento óptimo.

Comunicación entre especialistas

Los profesionales de diferentes disciplinas de la salud frecuentemente brindan atención en diferentes momentos y lugares, lo que limita la interacción sincrónica¹. Por lo tanto, podría haber un mayor potencial de responsabilidad y lesiones cuando se trabaja con otros especialistas de atención en salud bucal.

Para brindarle una buena atención al paciente en el aspecto interdisciplinario se pueden seguir y modificar algunas estrategias en el abordaje de éste como, por ejemplo:

- Derivar al paciente de manera oportuna a otros proveedores de atención médica si es necesario antes del tratamiento de ortodoncia¹.
- Solicitar los registros necesarios del dentista remitente².
- Asumir el rol de facilitador de tratamiento en caso interdisciplinario³.
- Asegurarse que los pacientes adultos con enfermedad periodontal activa o con antecedentes de enfermedad periodontal pasada estén recibiendo mantenimiento⁴.
- Evitar culpar a otros especialistas.

Siguiendo sencillos pasos podemos pronosticar a corto mediano o largo plazo, de una manera adecuada el resultado de un tratamiento en determinado paciente.

Interdisciplinariedad entre profesionales de la salud

La interdisciplinariedad constituye más que todo una necesidad en el mundo actual dado el carácter complejo de la realidad que implica un abordaje multidimensional no realizable desde disciplinas aisladas y con fragmentación del conocimiento⁵. Las relaciones entre profesionales especialistas y entre doctor y paciente deben demostrar una sensibilidad que incluya la voluntad de comunicarse, la capacidad de escuchar, y un respeto mutuo entre los profesionales. Tal relación desarrollará la conciencia de una tríada de necesidades y de propósitos⁶.

Manejo protocolar interdisciplinario Ortodoncia-Periodoncia

Para los pacientes adultos especialmente que se consideran para un tratamiento de ortodoncia es importante establecer un protocolo de equipo cuidadoso para el examen periodontal, la documentación interna y la correspondencia, así como para las evaluaciones periódicas del progreso, para protegerse contra el deterioro acelerado de la salud periodontal durante el tratamiento de ortodoncia⁶.

Este enfoque está respaldado por expertos en gestión de riesgos, quienes enfatizan que los pacientes con afectación periodontal plantean problemas potenciales de responsabilidad⁶.

Los miembros del equipo dental interdisciplinario deben educar a los pacientes que no mantienen niveles aceptables de higiene bucal e informarles que el tratamiento de ortodoncia podría interrumpirse si la cronicidad de su mala higiene presenta un riesgo significativo de afectación periodontal.

Se debe enfatizar a los pacientes susceptibles periodontalmente o aquellos con antecedentes de enfermedad periodontal pasada que los seguimientos con un odontólogo general o especialista son esenciales. Siempre es importante informar al paciente de la enfermedad periodontal incluso inicial y documentarla. También es importante solicitar que el odontólogo general o el periodoncista autoricen a estos pacientes a recibir tratamiento y que sean atendidos con frecuencia durante y después del tratamiento de ortodoncia. Los intervalos entre visitas al periodoncista para el mantenimiento periodontal deben basarse en la colaboración entre el ortodoncista, el periodoncista y el general¹⁻⁴.

Una vez que comienza la terapia de ortodoncia, el periodoncista u ortodoncista debe reevaluar a todos los pacientes, especialmente a aquellos con antecedentes de enfermedad

periodontal, para detectar cualquier signo de recurrencia. Dependiendo de una serie de circunstancias, incluido esta reevaluación debe realizarse en intervalos cortos de tiempo.

Decisiones previas al tratamiento de Ortodoncia

-Se considera que en los pacientes con excelente higiene bucal y sin evidencia de enfermedad periodontal es seguro comenzar el tratamiento de ortodoncia. Cuando la salud oral del paciente es buena, el objetivo común de los dos especialistas es mantenerla, y si es posible, mejorar la función de longevidad y estética del aparato estomatognático⁷.

-Si hay evidencia de enfermedad periodontal, se debe posponer el tratamiento de ortodoncia. El paciente debe ser derivado para la terapia periodontal adecuada⁸, incluido un correcto desbridamiento, el raspado y alisado radicular y, si corresponde, cirugía periodontal, seguida de un período de cicatrización y observación de dos a tres meses.

-Si el paciente ha mantenido una higiene bucal excelente durante este período y no hay sitios de sangrado significativo al sondaje, el periodoncista debe proporcionar al ortodoncista una declaración escrita de aclaramiento periodontal⁸. Si, por otro lado, todavía se observan sitios de sangrado al sondaje, pueden estar indicadas otras formas apropiadas de terapia periodontal, seguidas de otro período de observación.

Después de la terapia de ortodoncia

Autores^{8,9} han observado que muchos pacientes (en su mayoría adultos) adoptan una técnica de cepillado más agresiva durante el tratamiento de ortodoncia. Cuando se retiran los aparatos de ortodoncia, estos pacientes pueden beneficiarse de las instrucciones de higiene bucal para protegerse contra una posible recesión gingival resultante de un traumatismo con el cepillo de dientes⁹.

Efectos que pueden presentar los tejidos periodontales durante el tratamiento ortodóntico

La causa principal del inicio y la progresión de la inflamación gingival y la periodontitis es la placa bacteriana¹⁰. El tratamiento de ortodoncia a veces se considera un factor

predisponente para la enfermedad periodontal, ya que los aparatos de ortodoncia pueden inhibir los procedimientos completos de higiene bucal, lo que da como resultado un aumento de las agregaciones bacterianas¹¹. Si se aplica un régimen de higiene bucal minucioso antes y durante el tratamiento de ortodoncia, será evidente un aumento mínimo o nulo en el índice de sangrado gingival o en la cantidad de placa^{12,13}. En cualquier caso, después de la retirada del aparato o incluso antes (durante el tratamiento), hay una mejora significativa en los valores del índice de placa y del índice de hemorragia y una reducción de ciertas bacterias periopatógenas^{11,14,15}.

Los estudios clínicos han demostrado que, con un control adecuado de la placa, los pacientes con periodonto reducido pero sano pueden someterse a un tratamiento de ortodoncia sin agravar sus afecciones periodontales¹⁰. Sin embargo, existen ciertos estudios clínicos y experimentales que han podido demostrar que cuando la inflamación no está totalmente controlada, el tratamiento de ortodoncia puede desencadenar procesos inflamatorios y acelerar la progresión de la destrucción periodontal, lo que lleva a una mayor pérdida de adherencia, incluso en pacientes con una buena higiene bucal¹⁰.

Algunos autores indican que no existe ninguna contraindicación para el tratamiento de ortodoncia en adultos con afección periodontal grave, que, por el contrario, en ocasiones puede ser necesaria la ortodoncia para mejorar las posibilidades de restaurar una dentición deteriorada¹⁶. En pacientes con periodonto reducido, la superficie del ligamento periodontal que recibe fuerzas está disminuida y las condiciones biológicas y biomecánicas difieren en comparación con los dientes con soporte periodontal normal. En dientes periodontalmente comprometidos, el centro de resistencia se desplaza apicalmente siguiendo los elementos anatómicos del periodonto, lo que resulta en la expresión de momentos mayores durante la aplicación de la fuerza y un aumento en el componente de extrusión de la fuerza aplicada¹⁷.

Un estudio clínico comparativo a corto plazo reveló que el diseño de brackets también tiene un impacto significativo en la carga bacteriana y en los parámetros periodontales, pero esto debe investigarse más a fondo con estudios a largo plazo¹⁸.

Como hemos podido observar a lo largo de la revisión, la terapia interdisciplinaria implica la combinación de procedimientos de diagnóstico, planificación del tratamiento y terapéuticos.

Cada proveedor del equipo debe tener un nivel óptimo de habilidad en su área de especialización para ser un factor positivo¹⁹.

La naturaleza compleja de los problemas dentofaciales requiere un método de comunicación altamente organizado entre los miembros del equipo para que todos los aspectos del tratamiento puedan expresarse por igual²⁰.

Es a través de esta comunicación que se puede formular un plan de tratamiento interdisciplinario antes de generar una carta de tratamiento conjunta. El amplio conocimiento de los campos de la periodoncia y la ortodoncia amplía el espectro de las opciones de tratamiento disponibles en muchas circunstancias¹⁰. Habitualmente, el abordaje interdisciplinario conduce a un óptimo manejo cualitativo, funcional y estético, brindando el mejor plan de tratamiento en situaciones clínicas complejas.

CONCLUSIONES

La atención y la comunicación interdisciplinarias benefician al paciente de manera significativa. Debemos tener en cuenta que para brindarle una buena atención al paciente en el aspecto interdisciplinario se pueden seguir y modificar algunas estrategias en el abordaje del tratamiento. El amplio conocimiento de los campos de la periodoncia y la ortodoncia, junto con la estrecha cooperación entre los doctores, amplía el espectro de las opciones de tratamiento disponibles en muchas circunstancias. El abordaje interdisciplinario entre las especialidades mencionadas conduce a un óptimo manejo funcional, estético y principalmente de salud bucal.

Bibliografía

1. Abdelkarim A, Jerrold L. Strategies for improved interdisciplinary care and communication in orthodontics. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2017 Nov;152(5):717-721. doi: 10.1016/j.ajodo.2017.08.001. PMID: 29103450.
2. Laurance Jerrold, Speaking for another, *American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics*, Volume 144, Issue 5, 2013, Pages 777-778
3. Kokich VG. Don't start without the charting. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011 Apr;139(4 Suppl):S14. doi: 10.1016/j.ajodo.2011.01.006. PMID: 21435532.

4. Mizrahi, E. Risk management in clinical practice. Part 7. Dento-legal aspects of orthodontic practice. *Br Dent J* **209**, 381–390 (2010).
5. Segovia Palma, P., Pinos Robalino, P., & Murillo Sevillano, I. (2017). La interdisciplinariedad para el perfeccionamiento del proceso de enseñanza aprendizaje en la carrera de Odontología. *Revista Conrado*, 13(57), 82-90.
6. Brustein DD, Rauschart EA. A comparative study on the relationship between the specialist and the referring dentist. *J Periodontol*. 1971 May;42(5):306-8. doi: 10.1902/jop.1971.42.5.306. PMID: 5280504.
7. Grillo Reyes Giselle, Díaz Juan Carlos Pérez, Hernández Gutiérrez Daymi. Relación orto-periodontal. *Medicentro Electrónica [Internet]*. Junio de 2020; 24 (2): 444-451. Disponible en:http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S102930432020000200444&lng=en. Publicación electrónica 01-abr-2020.
8. Sanders NL. Evidence-based care in orthodontics and periodontics: a review of the literature. *J Am Dent Assoc*. 1999 Apr;130(4):521-7. doi: 10.14219/jada.archive.1999.0246. PMID: 10203902.
9. Boyd RL. Periodontal screening examination guide. In: *American Association of Orthodontists risk management program*. St. Louis: American Association of Orthodontists; 1992:13.
10. Gkantidis N, Christou P, Topouzelis N. The orthodontic-periodontic interrelationship in integrated treatment challenges: a systematic review. *J Oral Rehabil*. 2010 May 1;37(5):377-90. doi: 10.1111/j.1365-2842.2010.02068.x. Epub 2010 Feb 25. PMID: 20202098.
11. Alexander SA. Effects of orthodontic attachments on the gingival health of permanent second molars. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1991 Oct;100(4):337-40. doi: 10.1016/0889-5406(91)70071-4. PMID: 1927984.
12. Erkan M, Pikdoken L, Usumez S. Gingival response to mandibular incisor intrusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2007;132:143. e9–13.
13. . Ari-Demirkaya A, Ilhan I. Effects of relapse forces on periodontal status of mandibular incisors following orthognathic surgery. *J Periodontol*. 2008;79:2069–2077.

14. Sallum EJ, Nouer DF, Klein MI, Gonçalves RB, Machion L, Wilson Sallum A, Sallum EA. Clinical and microbiologic changes after removal of orthodontic appliances. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2004 Sep;126(3):363-6. doi: 10.1016/j.ajodo.2004.04.017. PMID: 15356501.
15. Thornberg MJ, Riolo CS, Bayirli B, Riolo ML, Van Tubergen EA, Kulbersh R. Periodontal pathogen levels in adolescents before, during, and after fixed orthodontic appliance therapy. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2009 Jan;135(1):95-8. doi: 10.1016/j.ajodo.2007.02.057. PMID: 19121507.
16. Re S, Corrente G, Abundo R, Cardaropoli D. Orthodontic treatment in periodontally compromised patients: 12-year report. *Int J Periodontics Restorative Dent.* 2000 Feb;20(1):31-9. PMID: 11203546.
17. Melsen B. Limitations in adult orthodontics. In: Melsen B, ed. *Current controversies in orthodontics.* Chicago: Quintessence, 1991:147–180.
18. van Gastel J, Quirynen M, Teughels W, Coucke W, Carels C. Influence of bracket design on microbial and periodontal parameters in vivo. *J Clin Periodontol.* 2007 May;34(5):423-31. doi: 10.1111/j.1600-051X.2007.01070.x. PMID: 17448045.
19. Roblee R D. *Interdisciplinary dentofacial therapy. A comprehensive approach to optimal patient care.* pp 17-43. Chicago, IL: Quintessence Publishing, 1994
20. Jivraj SA, Corrado P, Chee WW. An interdisciplinary approach to treatment planning in implant dentistry. *J Calif Dent Assoc.* 2005 Apr;33(4):293-300. PMID: 15915880.