

LA ORTODONCIA FUNCIONAL CON EL ACTIVADOR DE ANDRESEN-HAUPL

por el
DR. LUIS CALATRAVA PARAMO

*(Trabajo de la Cátedra de Ortodoncia de la Universidad
de Hamburgo)*

Fué Andresen en Noruega quien primeramente difundió este sistema, que después de duras críticas se adoptó ulteriormente, especialmente en Alemania por Häupl y su escuela en Düsseldorf; Schwarz y Petrik, en Viena; Eschler, en Friburgo; Korkhaus, en Bonn, y Häusser, su discípulo entonces, actualmente catedrático en Hamburgo. En América se le conoce como sistema noruego, pero es sobre todo en Alemania donde ha tomado carta de naturaleza, hasta el punto de que Häupl trata casi el 100 por 100 de todos sus casos y Petrik el 80 por 100 de todas las anomalías de oclusión con el activador.

Consiste el activador de Andresen-Häupl o monobloc, como también se le llama, en un bloque único de acrílico con dos arcos labiales de acero inoxidable de 0,8 milímetros (el original diseñado por Andresen sólo lleva el arco superior y en la arcada inferior un rebordé que rebasa el borde incisivo), que mantiene ambas arcadas en oclusión abierta.

Las indicaciones de su empleo en la cátedra del profesor Häusser se limitan especialmente a las distoclusiones (Clase II de Angle), sin estrechez o con una estrechez de arcadas no superior a tres milímetros. En los casos en que la estrechez es superior a tres milímetros, trata antes el caso con placas de expansión de Schwarz y coloca luego el activador. Cuando existe una estrechez no superior a tres milímetros coloca el activador con un tornillo de expansión.

Insertamos a continuación los detalles técnicos de su construcción. La toma de impresión, como en todo trabajo ortodóncico moderno, debe hacerse con alginato.

Una vez construídos los modelos (y no antes), y con ellos a la vista, se procede a la toma de la mordida en cera. Una plancha de cera rosa se calienta a la llama suavemente hasta hacerla maleable, formando con ella un rollo y conformando el bloque sobre el modelo superior, mar-

cando algo las cúspides de esta arcada. A continuación se lleva el bloque de cera a la boca del paciente y se le hace morder con la mandíbula en protrusión, de tal manera que el avance de tal protrusión no sea superior a cinco o seis milímetros. Una vez conseguido esto se le ordena que proceda al cierre de las arcadas sobre la cera blanda lentamente, de tal manera que antes de llegar a contactar las cúspides de las arcadas antagonistas se le ordena que cese en el movimiento de aproximación, sacando la cera de la boca para contrastar la altura y posición de la mordida en los modelos, donde se observa mejor la protrusión mandibular efectuada, la altura y las desviaciones laterales de la línea media. Si hay algún detalle no correcto se repite la mordida hasta que resulte satisfactoria.

Con los modelos articulados según esta mordida se llevan al laboratorio, donde se montan en el articulador, pero de tal manera que los ejes longitudinales de las arcadas sean perpendiculares al ángulo de apertura del articulador, al objeto de facilitar así la construcción del monobloc. Una vez montados se fija el articulador con el tornillo y se levanta la cera.

Se construyen ahora los arcos labiales de alambre de tal manera que la curva que se ve en los extremos del arco se proyecte algo más allá del límite del festón gingival de los caninos. Los extremos transversales de los alambres que cruzan las arcadas deben apoyar precisamente sobre los ángulos mesio-oclusales de los primeros premolares.

Ajustados los arcos labiales, se introducen los modelos en agua a unos 50°, donde se dejan durante unos cinco minutos.

Sobre estos modelos húmedos se adaptan en las caras palatinas y linguales de los dientes y fibromucosa sendas planchas de cera ablandadas a la llama, bruñéndolas un poco forzadamente con la espátula caliente para que se adapten bien. Entonces se calientan ligeramente los extremos de los alambres y se colocan en posición sobre los modelos, incrustando los extremos calientes en la cera. Seguidamente se va agregando cera derretida hasta dar la suficiente resistencia al aparato, rellenando igualmente el espacio interoclusal hasta su borde vestibular y rebasando un poco el borde incisivo de la arcada inferior para impedir con el uso del activador en la boca una labioversión de los incisivos inferiores. En caso de que el activador deba llevar tornillo de expansión, se coloca en este momento, como de costumbre se hace en las placas de Schwarz, pero de tal manera que esté situado un poco más abajo de la línea interoclusal, y esto por dos razones: 1.ª, porque se sitúa mejor en el modelo;

2.^a, actúa de esta manera más equilibradamente, pues siendo la mandíbula un hueso más compacto que el maxilar superior y ofreciendo, por tanto, más resistencia a la expansión del tornillo, y habiendo además menos superficie de apoyo mucoso que en el maxilar superior, la fuerza de expansión debe ser aquí más directa para oponerse a la posible deformación elástica que sufriría el activador en su expansión.

Modelado ya en cera el aparato, se coloca en mufa y se termina con resina acrílica transparente (de esta manera se puede observar cualquier punto de isquemia sobre los tejidos blandos y suprimirlo con la fresa para evitar el decúbito).

Terminado ya y pulido el activador, se procede entonces al retoque final con fresas de caucho sobre los modelos antes de colocarlo en boca. Pero ésta es una labor exclusiva del profesional y no del protésico, entiéndase bien.

Este acabado del activador con la fresa es fundamental para su uso, y consiste primeramente en suprimir el bloque interoclusal de molares y premolares y tallar las huellas correspondientes a las caras palatinas y linguales de los mismos, según un plano no tangente, sino que rebase la unión del diente con el borde gingival en dichas caras, de tal forma que permita cierta holgura lateral y no haya impedimento alguno al crecimiento del diente en sentido oclusal. El ángulo que forma la cara mesial de un diente con la distal del inmediato anterior se traduce en el activador como una arista saliente hacia el punto de contacto mesiodistal de ambos. Pues bien, esta arista debe ser tangente precisamente a la cara mesial del diente posterior y desgastada con holgura en la distal del inmediato anterior, esto en la arcada superior, y todo lo contrario en la arcada inferior, es decir, en ésta la arista será tangente a la cara distal del diente anterior y tallada con holgura en la cara mesial del posterior. De esta manera se facilita el movimiento que pretendemos conseguir en el tratamiento de la distoclusión.

Igualmente se han de desgastar los bordes que forma el aparato en la unión gingivo-dentaria de las caras palatinas y linguales en las arcadas incisivas para que no molesten al paciente. Si, como ocurre frecuentemente, en estos casos de distoclusión, que, dada la edad, los caninos no han terminado su erupción, se debe desgastar el borde incisal en el monobloc para permitir su complejo crecimiento.

Terminada la construcción del aparato en la boca del paciente, éste ha de usarlo durante toda la noche y unas tres o cuatro horas durante el día. Si el activador en cuestión lleva tornillo de expansión, debe ac-

tivarse, pero no con el ritmo con que solemos hacerlo en las placas de Schwarz, con las que efectuamos una terapia activa. En este caso nos hallamos ante una terapia funcional en la que el activador por sí solo debe con su uso provocar la expansión que deseamos, funcional, fisiológicamente, sin necesidad de procedimientos mecánicos, sirviendo el tornillo, en el sentir de los autores del método, únicamente como mantenedor de la expansión funcional lograda para evitar la eventualidad de un colapso ulterior en el caso de que las fuerzas funcionales entrasen en estupor (valga la frase). En este sentido, como decimos, debemos considerar que el tornillo en su expansión va «a la zaga» de la expansión funcional, si hemos de ser fieles al pensamiento ortodoxo de los creadores del método. En todo caso, y al objeto práctico, el tornillo debe ser activado muy lentamente, una vez cada tres o cuatro semanas a lo sumo.

Según los controles efectuados en la cátedra del profesor Hausser, con este tratamiento del activador se consigue un ritmo de avance mandibular en masa de un milímetro cada ocho semanas, aproximadamente. Este avance se consigue de una manera funcional por una apertura progresiva del ángulo mandibular, en el mismo sentido que fisiológicamente ocurre. En esto radica la bondad del procedimiento y el que cada día sean más numerosos los partidarios de esta terapéutica.

El activador no debe producir fatiga muscular en el paciente, y cuando esto ocurre (naturalmente que hay que esperar unos días como período de adaptación) se debe pensar que se tomó una mordida «muy violenta», valga la frase, debiendo entonces repetir o modificar el aparato con otra mordida no tan protusiva.

Cuando se haya logrado en dos dientes antagonistas la altura oclusal deseada (porque esos dientes crecieron en sentido oclusal hasta ponerse en contacto), se construirá otro aparato, fijando con la oclusión de ellos la altura de mordida.

Es sabida la tendencia a la recidiva que existe en toda corrección de la distoclusión. Con esta idea «in mente» sólo existe una profilaxis: la retención. Cuanto más largo sea el período de retención, menor será la tendencia a la recidiva. Este período retentivo, que se hará con el último aparato construido en el tratamiento, debe durar al menos un año.

(«Am. Jour. Pharmacy»; 129, p. 300; 1956.)