

REPERCUSIONES MEDICO-LEGALES DE LA ORTODONCIA.

J. M. GIL RUBIO¹, J. JOVER OLMEDA².

RESUMEN.

La ortodoncia es una subespecialidad de la estomatología-odontología, que requiere una alta formación académica y práctica, orientada en la mayoría de los casos a resolver problemas estéticos. No existiendo nada más controvertido que la estética, donde según el dicho popular "sobre gustos no hay nada escrito", se comienza con un acto y un trabajo médico en el que el resultado es objeto de opinión, estando servida la polémica y el litigio.

Si para un odontólogo generalista la evaluación en muchos casos es comprometida, en el caso de un forense lógicamente puede serlo más. En este sentido se exponen, de forma sucinta, una serie de pautas para la orientación y la posible resolución de los problemas médico forenses.

INTRODUCCIÓN.

La ubicuidad de las anomalías dentarias es tal que, en experiencia personal como dentista generalista y ortodontista de casi 20 años, no hemos visto un solo paciente que no presentara alguna alteración posicional dentaria.

En la actualidad, los medios de difusión dan cuenta con relativa frecuencia de intervenciones normalmente desafortunadas por parte de médicos, así como casos donde media el intrusismo

profesional. Bajo lo cual subyace, indudablemente, la apremiante necesidad actual por mejorar la imagen, tanto a nivel social como personal, mientras hasta hace sólo unos años ciertas deformidades se consideraban incorregibles y se toleraban con la resignación de lo que "no tiene remedio".

La estética facial, bucal y dentaria, ha pasado a ser una práctica común donde se imbrican la cirugía estética y maxilo-facial, las prótesis, las reconstrucciones, el blanqueamiento dental, y por

1 Médico Forense (Juzgados de San Clemente, Cuenca). Especialista en Estomatología.

2 Especialista en Estomatología.

excelencia la ortodoncia, cuyo fin primordial es lograr una armonía facial, influyendo en lo que quizás es el máximo exponente de la belleza dinámica: el logro de una sonrisa agradable y atractiva.

La ortodoncia es una asignatura de los estudios de Estomatología y Odontología, desarrollada por éstas facultades universitarias. Sin embargo, no está reconocida como especialidad, aprendiéndose la práctica de esta ciencia, tras las citadas carreras, a través de cursos de postgrado, centros privados dedicados a su enseñanza, junto a profesionales con experiencia, programas de master y otros. Por lo que atañe a su ejercicio profesional, la ortodoncia requiere como único requisito legal estar en posesión de las titulaciones de odontólogo o estomatólogo.

En la práctica clínica, la mayoría de los casos afecta a niños con malposiciones dentales que son visibles. Con menor frecuencia incumbe a adultos, entendiéndose por tales las personas con mas de 18 años donde la erupción dental ya ha concluido. En algunos casos la deformidad es tal que llega a provocar dificultades ostensibles en funciones como la masticación, fonación o la deglución, alcanzando a repercutir en la vida de relación.

La ortodoncia como ciencia médica nace a principios de 1900, aunque su práctica es tan antigua

como la propia humanidad, atribuyéndose su paternidad a varios profesionales de la época, como Norman Williams Kingsley, Edward H Angle, Calvin S Casey y Martin Dewey, entre otros.

Es imposible establecer en este artículo una descripción, si quiera somera, de la multiplicidad de malformaciones posibles, sus tratamientos, resultados, y las insatisfacciones y reclamaciones jurídicas generadas por su práctica. Por lo que se va a proceder a una exposición lo más breve y didáctica posible.

CLASIFICACIÓN DE LAS ALTERACIONES DENTO-MAXILO-FACIALES:

(En el ámbito odontológico, y con criterio economicista, para referirse al maxilar superior se usa sólo el término maxilar, mientras para el inferior se habla de mandíbula).

1. Generales: Normalmente afectan a la estructura dentomaxilar y la armonía facial.

1.2. Aisladas. Se estudian las anomalías dentarias en el segmento óseo en que se hallan, no relacionándolas con piezas antagonistas, con la arcada homónima, ni con otras referencias cráneo-faciales. Existe una disarmonía entre las piezas

dentarias y las arcadas donde se insertan, ya sea por la forma o por el espacio, creándose un problema entre continente y contenido sin adecuada relación entre los dos parámetros (dientes-maxilares), generándose así una incongruencia que provoca la anomalía posicional. Sirva de ejemplo el caso de un sujeto con dientes grandes (macrodoncia) y una arcada pequeña (micrognatia), con lo que los primeros no caben en su espacio natural dando lugar a apiñamientos. En sentido inverso al ejemplo anterior estarían los espaciamientos, llamados diastemas, donde se pierden los puntos de contacto interdentarios.

1.3. Asociadas. En ellas el problema reside en que, existiendo o no normalidad del tamaño y forma de los elementos antes mencionados, hay una alteración en la disposición entre el maxilar y la mandíbula, creándose una alteración de relación.

Partiendo de un modelo ideal de oclusión "Old Glori" (vieja gloria) y del perfil facial perfecto del Apolo de Belvededere, Angle establece su celebre clasificación oclusal basada en la relación de los primeros molares homónimos -guía molar-, considerada como el cimiento del edificio en que se sustenta la fachada y la relación de los colmillos -guía canina-.

CLASIFICACIÓN de ANGLE, ó de RELACIÓN MOLAR:

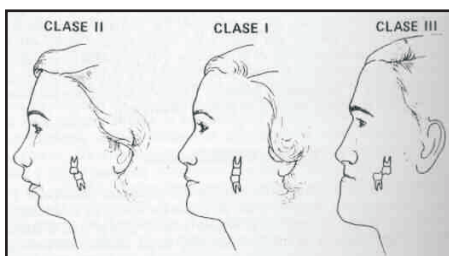
Clase I. La relación de los molares superiores con los inferiores es correcta, coincidiendo la cúspide mesiovestibular de primer molar superior con el surco mesiovestibular del primer molar inferior homónimo (a la cúspide la llamaremos C, y a esta fosa F).

Clase II. En ella la mandíbula esta retrasada con respecto al maxilar "retrognatia" (perfil facial convexo), situándose C delante de F, subdividiendo esta relación oclusal, en dos tipos conforme a la disposición de los dientes. División A: con sobremordida horizontal excesiva (overjet), corresponde a los individuos llamados dentones, en los que sobresale el grupo incisal superior con diastemas quedando retrasados los dientes inferiores, creándose lo que también se denomina resalte, existiendo casi siempre interposición del labio inferior entre ambos grupos dentarios. División B: con sobremordida vertical excesiva (overbite), en que los dientes superiores suelen tener apiñamientos y cubren totalmente a los inferiores.

Clase III. Cuando la mandíbula sobresale en el contorno de la cara "prognatia" (perfil facial plano, ó cóncavo) y C se sitúa por detrás de F. Cabe destacar que en esta última clase existe una verdadera clase III, y una falsa en que los dientes

superiores están por detrás de los inferiores, pero la disposición molar y ósea no se corresponde con la morfología externa.

Existen combinaciones en que, por ejemplo, la hemiarcada izquierda es de clase I y la derecha de otra clase, ó viceversa.



MALPOSICIONES DE RELACIÓN OSEA-DENTARIA Y PERFIL FACIAL:

Para su diagnóstico se utiliza preferentemente la telerradiografía, estudiando las disposiciones de los distintos planos y ejes anteroposteriores, segmentos, ángulos de elementos óseos y dentarios, así como el perfil blando. Elaborándose un cefalograma (el más aceptado mundialmente STEINER) que usa como referencia al eje S N (silla turca- nasion) considerado como inmutable, con el que se relacionan los demás. La cefalometría es una herramienta de gran utilidad necroidentificativa craneal, donde a medida que vamos estableciendo distintos parámetros, como si se tratara de una huella dactilar, estamos

individualizando al sujeto, elaborando un cefalograma identificativo.

MALPOSICIONES RESPECTO AL PLANO SAGITAL:

Aquí se utiliza como estudio de imagen la ortopantomografía, mientras externamente atenderemos a la línea media facial conformada por puntos que podemos rotular en la piel del examinado (punto medio frontal desde el arranque del pelo, entrecejo-glabela, nasion y pogonio-mentón). De manera sencilla y con una regla transparente, siendo la región craneal la de referencia, veremos si la línea interincisal superior o inferior están desviadas entre sí, o con respecto a la línea facial media (se pueden objetivar también desviaciones de la punta de la nariz y bermellones de los labios y otras asimetrías).

Se estudiarán las desviaciones uni, ó bilaterales (sea hacia la izquierda ó la derecha), bien del maxilar, de la mandíbula, o de ambos.

Se divide la altura cráneo-facial en tres tercios (superior o craneal, medio o cráneo-maxilar, e inferior o máxilomandibular) conforme a los puntos medios antes citados. En individuos de conformación normal iguales, de esta manera podremos diagnosticar y clasificar la altura facial (cara normal, corta, o larga), y teniendo como parámetro de

referencia el tramo craneal se podrán evaluar los dos tercios inferiores.

2. Locales: Se trata de alteraciones en la posición de piezas unitarias ó de pequeños tramos dentarios. En este apartado se sitúan las rotaciones, traslaciones, inclinaciones, migraciones, intrusiones, extrusiones, versiones, diastemas, apiñamientos y otras pequeñas malposiciones, que si afectan por ejemplo a un incisivo central superior pueden crear serios problemas estéticos.

A L G U N A S N O R M A S P R Á C T I C A S .

Cuando estemos ante un Síndrome Grave de malposición (mordidas abiertas, clase III verdadera y otras deformidades de base ósea) el tratamiento de elección es quirúrgico, pasando la ortodoncia a ser un tratamiento coadyuvante posterior.

La clase I, es muy agradecida para el paciente y profesionalmente, al conseguirse favorablemente las metas establecidas de una manera estable.

Las clases II tienen tendencia a la recidiva, por lo que se pondrá gran atención al tratamiento de mantenimiento de consolidación.

En la clase III falsa con un tratamiento acertado se consiguen correcciones espectaculares en tiempos mínimos, que prestigian al ortodoncista.

TIPOS DE TRATAMIENTO EN ORTODONCIA.

Atendiendo al método podemos hablar de ortodoncia:

1. Interceptiva: Cuando la malposición es previsible. Sería lo que podríamos denominar "ortodoncia preventiva", encaminada a evitar anomalías dentarias futuras. Son ejemplos la corrección de la succión del pulgar, el chupete, las interposiciones labiales, linguales, ó de cualquier elemento que de manera continuada actúe negativamente provocando en el futuro malposiciones (fuerzas menores de 1 gramo van a ser suficientes para generar grandes deformidades). Otros tratamientos odontológicos que previenen anomalías dentarias (tratamiento de caries, evitar extracciones de dientes deciduos o definitivos y si se han perdido valorar los mantenedores de espacio hasta la erupción de los definitivos, etc).

2. Correctiva: Incluye métodos y aparatos destinados a corregir

malposiciones de los dientes definitivos, y evitar el progreso de las ya existentes. Son ininidad las técnicas y artefactos, que podrían encuadrarse en dos grupos, atendiendo al sitio donde se colocan. Fuerzas extraorales: que ejercen tracción desde diversas zonas (cervicales, occipitales, o combinadas) de manera directa en la boca, mediante el arco facial o sobre apoyos extrabucales como la barbilla en caso de mentoneras. Fuerzas intraorales: a su vez constituidas por dos grupos: Fijas (bandas, brackets y otros) y Removibles (placas de acrilico, elasticos, muelles, imanes...).

3. De contención: Destinada a mantener estables los resultados obtenidos tras el tratamiento ortodóntico, evitando la tendencia natural a las recidivas, por lo que durante un tiempo prudencial, según el caso, habrá que estabilizar la nueva posición dentaria y crearse una adaptación esquelética definitiva. Usando a estos efectos: barra lingual cementada, placas palatinas de Hawley,...

BASES DE LA ORTODONCIA.

Inicialmente, cuando acude a consulta un paciente candidato a tratamiento de ortodoncia, la primera visita tiene un valor trascendental y de ella dependerá

en parte el establecimiento de la necesaria confianza mutua. En este "primer contacto", y mediante una comunicación recíproca, el paciente va tener conciencia de la existencia de su problema, y se le explicará a grandes rasgos la impresión que nos ofrece. Posteriormente tendrá lugar al menos otra consulta, más exhaustiva, no debiendo en ningún caso iniciarse un tratamiento en estas primeras consultas, que deben ser únicamente informativas.

A partir de aquí seguirá una metodología rigurosa, con atención a los siguientes aspectos:

- Establecimiento de una relación contractual, de arrendamiento de servicios, con todos los requisitos previstos por el Código Civil.

- En el caso de menores, consentimiento expreso, formal, indubitado e informado (el niño en la mayoría de los casos se someterá a exposición de radiaciones ionizantes, extracciones, etc.).

- Custodia y confidencialidad de historia clínica, pruebas de imagen, registros, y en general cualquier dato que afecte a la intimidad ("secreto profesional").

- Elaboración de la historia clínica. Las fotografías de perfil y frontal, toma de impresiones y elaboración

de modelos de escayola, radiografías, resonancia magnética y los registros diagnósticos realizados nos servirán para el seguimiento del caso y quedarán posteriormente en nuestro archivo, observando todas las normas legales de protección de datos (al menos durante 5 años), dejando así constancia de todo el trabajo efectuado.

- Exploraciones dinámicas de la articulación temporomandibular, trayectoria de cierre y apertura bucal, fonación....

- Diagnostico de la malformación, con una exploración pormenorizada de partes blandas, dentición y estudio óseo (cefalometría), y estudio oclusal.

- Duración aproximada del tratamiento: al no ser una ciencia exacta se puede establecer en más/menos tres meses en casos prolongados, dependiendo del profesional y circunstancias del paciente, del número de visitas y promedio de "tiempo de sillón".

- Precio cierto, en el cual se pueden aceptar unos márgenes, y forma de pago.

- Información de los deberes del paciente: seguimiento de normas higiénicas prescritas, asistencia a las revisiones programadas,

mantenimiento del aparato corrector y cuantos sean precisos. Ilustrarle a cerca de las molestias en la tolerancia de aparatos incómodos, a veces con cierto dolor generado por unas fuerzas de moderada intensidad pero que están actuando de forma continua Contingencias inherentes al tratamiento (pérdida o rotura de un aparato móvil; desprendimiento, rotura o desplazamiento de un elemento fijo), que habrá que aceptar como consustanciales al tratamiento.

INSATISFACIONES Y LITIGIOS EN LA ORTODONCIA.

Se pueden presentar situaciones de toda índole, desde la perdida de confianza mutua, hasta inverosímiles circunstancias que llegan a aconsejar la suspensión del tratamiento. Entre otras, pueden citarse aquellas relacionadas con:

- Unos honorarios excesivos, incumplimiento de pago, etc.

- Disconformidad con el resultado esperado.

- Motivadas por el tiempo invertido (en sala de espera, tiempo de sillón, traslados del domicilio a la consulta, número de visitas), siendo el más conflictivo al respecto la duración del

tratamiento. - Dolor, incomodidades, estética de la ortodoncia implantada (aunque sea un elemento provisional hay pacientes que al contemplarse con estos artefactos rehúsan seguir el tratamiento).

- Determinadas técnicas algunas veces agresivas con la masa dentaria existente que tienen como norma extracciones previas en determinados casos, ya sean dientes de leche, o permanentes y la abrasión sistemática de puntos de contacto, etc.

- Movilizaciones dentales indeseables excesivas, reabsorciones apicales...

- Derivadas de una mal-práxis por ignorancia o imprudencia, con notoria vulneración de la *Lex Artis*.

- Abandono y dejadez inexcusables.

PROBLEMAS MÉDICO-FORENSES.

En esta materia hay elementos de litigio comunes a cualquier otro acto médico. Unos exclusivamente jurídicos, cuya resolución y debate corresponde a otros foros profesionales del ámbito derecho. Otros puramente médicos, en que los forenses tienen los

conocimientos suficientes para solucionar las reclamaciones suscitadas, siendo los peritos idóneos, como son los relacionados con "el secreto profesional", "la anatomía del error médico" o el "abandono del paciente" entre otros. En determinadas cuestiones, como las relativas a los honorarios, serán los colegios médicos los más adecuados para encauzar y establecer la cuantía profesional derivada de un tratamiento.

Seguidamente reseñamos los problemas más frecuentes relativos a la ortodoncia y que constituyen pericia médico legal, y la manera de enfocar su solución:

MOTIVO DE LA PERICIA.

1- Errores de diagnóstico, con inicio de tratamientos equivocados que con el transcurso del tiempo lejos de mejorar las anomalías que motivaron la ortodoncia las empeoran, o bien hay escasez de resultados tras un periodo prudencial en el seguimiento terapéutico.

2- Equivocaciones irreversibles, en que se han practicado extracciones contraindicadas con efectos negativos.

3- Disconformidad con el resultado final. Al ser un problema estético, en

otros ámbitos los jueces reclamarían el concurso de un técnico en bellas artes, puesto que la belleza es el objeto del litigio. En mi opinión, el perito idóneo es un médico forense especialista en esta materia.

4- Recidivas tras una corrección aceptable debido a la retirada de los elementos activos antes de tiempo, o por no haber mantenido suficientemente la consolidación conseguida, con lo que el resultado es desfavorable y encontramos una malposición similar a la inicial.

5- Errores de "estrategia" iniciando un tratamiento en una época inoportuna, dilatando de manera notoria e innecesaria el tiempo y los costes de la misma.

6- Técnicas insufribles e incluso dolorosas, que bien por fuerzas excesivas, erosiones y en otros casos heridas en la mucosa bucal, hacen desistir del tratamiento.

7- Falta de higiene bucal o inobservancia del seguimiento estipulado.

8- Personalidades perfeccionistas, inconformistas e intolerantes, que suponen serios obstáculos en la relación médico-paciente y en la aceptación del resultado. Sin mencionar los casos de niños

mimados o de neurosis de renta, en los que el porvenir siempre será sombrío.

SOLUCIONES.

En los anteriores puntos **1-2-3-4**, el problema se resuelve mediante la oportuna orden judicial destinada a la obtención de todos los estudios previos al tratamiento efectuado, para desde una óptica prudente valorar comparativamente los estados anterior y posterior al tratamiento. La clínica está obligada al archivo y custodia de toda la información de que dispone durante 5 años. En cualquier caso, siempre ha de tenerse en cuenta que la perfección no existe, y en las conclusiones se reflejará si el resultado ha sido pésimo, malo, aceptable u óptimo.

En el punto 5 la valoración puede ser más complicada, pudiendo orientar nuestra estimación, de acuerdo con la época de inicio del tratamiento correctivo, que si se sitúa entre los 6 a 12 años la prolongación del tiempo entra dentro de la posibilidad real de la reclamación.

Respecto al 6, simplemente precisa un reconocimiento intraoral que objective lo alegado, en cuyo caso quedaría demostrada la imposibilidad de continuación.

En el 7 la responsabilidad es

consecuencia del propio paciente, estando obligado el ortodoncista a advertir de la extinción de sus servicios antes de tomar la decisión de no admitirlo en pro de un bien recíproco.

En el punto 8 la pericia forense será determinante, debiendo ponerse especial atención al diagnóstico conductual, que nada tienen que ver con las anomalías dentales.

CONSIDERACIONES FINALES

Se ha pretendido una exposición ajustada a la extensión propia de una publicación médico legal, generalizando y aportando unas pinceladas meramente orientativas. Es obvio que determinadas peritaciones sólo van a poderse llevar a cabo con un conocimiento especializado. Sirva de mero ejemplo de litigio, fuera de nuestro país, el caso de la paciente Susan Brimm contra su ortodoncista, motivado por la corrección de una clase II que provocó disfunciones de la ATM, con sentencia

condenatoria al profesional e indemnización de 1.300.000 \$.

Para estos casos, y en general para cualquier consulta referente a problemas odontológicos, es evidente la utilidad que supondría el disponer de un servicio de odontología (atendido preferentemente por un médico forense con conocimientos en materia ortolegal) adscrito a los Institutos de Medicina Legal de tan reciente creación.

BIBLIOGRAFÍA:

Atlas de ortodoncia del adulto, Manuel H Marks y Herman Corn.

Texto de ortodoncia, T.M.Grabber.

Biomecánica en ortodoncia, M. R. Marcotte.

Fisiología de la oclusión y rehabilitación, Ulf Posselt.

El paciente de ortodoncia Canut, J.

Ficción y realidad en ortodoncia Mayora