

Publicado en Loose Connections Vol VIII, No.4 1993

Consideraciones en el tratamiento ortodóntico de las personas con Síndrome de Ehlers-Danlos

Escuela de Medicina Dental – Universidad de Connecticut (EEUU)

En el tratamiento ortodóntico de las personas con síndrome de Ehlers-Danlos (SED) hay un buen número de precauciones especiales a tener en cuenta. La hiperlaxitud articular, extrema en algunas personas con SED, conduce a menudo a luxación/subluxación crónica de la articulación temporomandibular (mandíbula). Esto hace que la colocación de aparatos ortodónticos sea compleja y difícil tanto para la persona afectada como para el médico. Además, el cirujano oral debe tener precaución extra para prevenir una posible luxación de los cóndilos inferiores de la mandíbula tanto cuando realiza procedimientos quirúrgicos como en la preparación para la ortodoncia. Debido a los problemas de cicatrización presentes en el SED, puede haber una curación lenta y tórpida después de las extracciones dentales seguida por cicatrices en los tejidos blandos.

Los instrumentos ortodónticos que se usen con las personas afectadas por SED deberían ser suaves y de diseño relativamente simple. La mucosa oral, y los tejidos que rodean a la lengua, son muy frágiles, tienen tendencia a las lesiones y son particularmente sensibles a objetos puntiagudos y cortantes tales como el instrumental ortodóntico o las dentaduras postizas.

La anatomía dental de los dientes posteriores tiene en ocasiones coronas altas y fisuras profundas. Las raíces pueden mostrar formas no habituales (atrofiadas, dobladas, fusionadas y/o torcidas). Las pulpas pueden estar parcialmente obliteradas por piedras, haciendo que el tratamiento del canal de las raíces sea difícil. La dentina puede tener un patrón inusual y una estructura fina anormal debido a un colágeno aberrante en ella. Esto puede producir una anatomía no habitual en la corona dental. Así pues, puede haber una discrepancia en el arco dental de derecha a izquierda o de arriba a abajo en el tamaño de los dientes haciendo la interdigitación dental ideal muy difícil. Debe esperarse también un movimiento de los dientes más rápido de lo común debido a la activación que produce la aplicación constante de los instrumentos dentales a causa del defecto en el metabolismo del colágeno que tienen las personas con SED. La movilidad de determinados dientes durante el movimiento de los demás puede ser mayor de lo habitual. Esto puede estar causado por el estiramiento, la rotura o la reparación más lenta de las fibras. De forma similar, las encías pueden tener una mayor tendencia a inflamarse y a una posible recesión. Existen estudios en los que se ha comprobado un comienzo precoz de algunos defectos periodontales (apoyo para los dientes y las encías). En particular, el SED tipo VIII, que es parecido al tipo Clásico, se caracteriza por periodontitis severa que puede ser muy invalidante.

Con la movilidad añadida de los dientes, el proceso de reparación enlentecido y la pobre organización de los tejidos de apoyo de los dientes que se apoyan en tejidos de colágeno, la necesidad de mantener los aparatos dentales durante más tiempo de lo habitual, después de la consecución de los objetivos, puede ser mayor. Aunque se han descrito defectos en la morfología de las raíces, la composición molecular detallada de la dentina todavía no se ha estudiado. Si existen cambios, la reabsorción de la raíz como efecto secundario al tratamiento ortodóntico puede ser un problema. De todas maneras, esto no se ha demostrado clínicamente.

El SED es una enfermedad hereditaria del tejido conectivo que puede tener diversos efectos en la dentición de la persona afectada. Con una adecuada comprensión de las manifestaciones de la enfermedad subyacente por el ortodoncista, el tratamiento ortodóntico se puede hacer con un mínimo de efectos secundarios indeseables.

Manifestaciones dentales en el SED:

1. Hiperlaxitud articular temporomandibular, alta incidencia de subluxación.
2. Mucosa oral muy frágil.
3. Comienzo precoz de defectos periodontales.
4. Coronas altas y fisuras profundas en ellas.
5. Alta incidencia de fracturas dentales.
6. Raíces con formas anormales (atrofiadas, dobladas, fusionadas o torcidas).
7. Piedras coronales en la pulpa.
8. Túbulos dentinales aberrantes.
9. Lesiones vasculares en la pulpa y dentículos.
10. Los dientes se mueven con mucha facilidad en respuesta a la aplicación del instrumental ortodóntico o de la fuerza empleada en la ortodoncia.
11. La retención ortodóntica es más fácil de realizar.