

HABLEMOS DE DIENTES TORCIDOS: ¿CÓMO SABER CUÁNDO ACUDIR AL ORTODONCISTA?

LET'S TALK TO TWISTED TEETH HOW TO KNOW WHEN TO GO TO THE ORTHODONTIC?

Jiménez Romero Magaly^{1*}, Zhunio Ordóñez Karla²

¹ Docente Especialista en Ortodoncia de la Carrera de Odontología de la Universidad Católica de Cuenca-Ecuador

² Odontóloga Pasante de Investigación en Odontología de la Universidad Católica de Cuenca-Ecuador

*mjimenezr@ucacue.edu.ec

Resumen

OBJETIVO. El objetivo del presente artículo de opinión es presentar recomendaciones que sirven para guiar a los padres a tomar la decisión de llevar a sus hijos al ortodoncista; o para que el odontólogo general remita al paciente al especialista para prevenir problemas óseos y dentales mayores en la salud de sus hijos y sus pacientes, así como también en la vida social del mismo.

Palabras clave: Maloclusión, Etiología, Desarrollo óseo, masticación.

Abstract

OBJECTIVE. The objective of this opinion article is to present recommendations that serve to guide parents to make the decision to take their children to the orthodontist; or so that the general dental doctor derives the patient to prevent dental problems and major in the health of their children, as well as in the social life of the same.

Key words: Malocclusion, Etiology, Bone development, mastication.

1 Introducción

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), una buena salud bucodental es fundamental para gozar de una mejor salud general y una aceptable calidad de vida, al presentarse trastornos tales como la mal posición dentaria (Fig 1) y otras enfermedades bucales limitan en la persona afectada la capacidad de masticar, sonreír, hablar y afecta la estética facial (Fig 2), al tiempo que repercuten en su bienestar psicológico y social.¹ Además señala que las maloclusiones ocupan el tercer lugar de afecciones de salud bucal y se encuentra en la mayoría de la población en general. Es por esta razón que existe una rama de la odontología encargada del diagnóstico y tratamiento de las maloclusiones llamada Ortodoncia.² Los casos de maloclusión son frecuentes debido a un crecimiento anormal de los huesos de la cara o a irregularidades en el espacio y la posición de los dientes. La OMS señala como posibles causas de estas anomalías la herencia familiar, así mismo pueden darse durante la infancia por malos hábitos lo que a su vez va a producir dientes torcidos que dificultan el adecuado cepillado dental; lo que a su vez conlleva a la aparición de otras enfermedades tales

como caries dental o malestar de las encías.^{3,4}



Fig. 1. Dientes torcidos y hacia adelante dando la apariencia como si estuvieran dientes en exceso.

Es por ello que en el presente artículo se presenta los signos dentales y óseos característicos de una maloclusión presentes en la mayoría de niños en crecimiento y que sirve para guiar a los padres a tomar una decisión de llevar a sus hijos al ortodoncista.



Fig. 2. Paciente con desarmonía facial

1.1 CAUSAS DE LA MALOCLUSIÓN DENTARIA

La mala posición de los dientes se encuentra asociada a causas hereditarias y congénitas en ocasiones suele presentarse un tamaño pequeño de los huesos de la boca para albergar a los dientes, así como también ocurre por la persistencia de algunos hábitos dañinos durante la niñez como por ejemplo: el hábito de respirar por la boca, chuparse el dedo, mordisqueo de uñas, o el uso por largo tiempo del chupón o el biberón.^{5,6} A menudo el descuido de su salud bucal puede ocasionar la pérdida temprana de los dientes de leche o en el peor de los casos de los dientes definitivos.

1.2 TIPOS DE MALOCLUSIONES

MALOCLUSIÓN CLASE I.

En este tipo de maloclusión el hueso maxilar y la mandíbula se encuentran creciendo de forma normal; pueden presentarse problemas en los dientes como:

- Dientes torcidos.
- Dientes superiores salidos y con espacios entre ellos que pueden darse por malos hábitos.
- Mala mordida.

MALOCLUSIÓN CLASE II.

Aquí existen alteraciones de los huesos maxilar, mandíbula o una combinación de los dos maxilares.

- Mucho crecimiento del maxilar superior.
- La mandíbula puede estar en una posición hacia atrás.
- Perfil del paciente es prominente, es decir, aparenta tener una cara de pajarito.(Fig. 3).

- Mentón esta hacia atrás.
- Mordida abierta anterior.
- Dientes chuecos tanto los de arriba que están en el maxilar como los dientes que están ubicados en la mandíbula.
- Distancia aumentada (más de 3mm) entre los dientes superiores e inferiores.⁸



Fig. 3. Paciente clase II, los dientes superiores sobresalen de los inferiores, dando un perfil convexo, o hacia adelante

MALOCLUSIÓN CLASE III.

Aquí existen alteraciones de los huesos maxilar, mandíbula o una combinación de los dos maxilares.

- Falta de crecimiento del hueso maxilar.
- Mucho crecimiento del hueso mandibular.
- Mordida cruzada anterior y posterior.
- Perfil del paciente como de un anciano. (Fig 4)



Fig. 4. Paciente clase III, los dientes inferiores sobresalen de los superiores dando un perfil cóncavo, o hacia atrás.

1.3 DIAGNÓSTICO

Por lo general se aconseja la visita al ortodoncista a partir de los 5 años, ya que los huesos de la cara están en desarrollo. Además, a esa edad es posible diagnosticar y tratar los problemas bucales y así evitar complicaciones mayores que a largo plazo solo podrían solucionarse con cirugía. En una edad temprana, lo más importante es controlar si el

niño está mordiendo bien y guiar el adecuado crecimiento de los huesos maxilares. Para eso es necesario observar, si los dientes superiores pasan sobre los inferiores, si tienen la mandíbula muy hacia adelante o si el niño muerde siempre hacia un lado. El ortodoncista utiliza medios de diagnóstico como la radiografía panorámica (Fig.5) y la cefálica lateral (Fig. 6), modelos en yeso, fotografías que sirven para el control y evaluación del crecimiento de los huesos de la cara y la dentadura general de un paciente, no solo se examina el estado de las raíces de los dientes y el hueso que las soporta, además se visualiza el proceso de erupción de los dientes que están en formación en los niños y si estos van a tener suficiente espacio, si están en la dirección correcta o no, en ocasiones no se forman todos en su totalidad o por el contrario se pueden encontrar menor cantidad de dientes, siendo 20 piezas dentales en los niños y 32 piezas dentales en los adultos.



Fig. 5. Radiografía Panorámica.



Fig. 6. Radiografía Cefálica Lateral.

1.4 TRATAMIENTO

Los tratamientos de ortodoncia tienen como finalidad hacer que crezcan bien los huesos de la cara, acomodar y alinear los dientes. En general, los tratamientos que se llevan a cabo a una edad precoz suelen durar entre 12 y 18 meses, son tratamientos que se conocen como tratamientos de ortodoncia de primera fase. En estos tratamientos se emplea aparatos removibles que se pueden retirar y poner en la boca, estos se emplean para corregir ciertas alteraciones y su resultado va a depender de su uso, en otras palabras, cuantas más horas se lleva puesto, mejor suele ser el resultado. Existen también aparatos fijos que ayudan a corregir malos hábitos o a redirigir el crecimiento óseo. Al terminar este tratamiento se continúan haciendo revisiones de seguimiento para controlar el crecimiento óseo y dental hasta que el niño/a completa el recambio de toda su dentición, aproximadamente alrededor de los 12 años. Durante estas visitas de control se valorará si definitivamente todo es correcto o si es necesario volver a intervenir con lo que llamamos un tratamiento de ortodoncia de segunda fase para poder conseguir un perfecto acabado y posición de los dientes definitivos por medio de aparatología fija conocida como los brackets.⁹ El tiempo de tratamiento de la ortodoncia va a depender del caso que presenta cada paciente. El tiempo aproximadamente es de 12 a 18 meses y en casos con extracciones dentales puede variar de 24 a 30 meses.¹⁰ Existen algunos casos de maloclusión que no solo van a requerir tratamiento de ortodoncia con brackets sino también van a requerir tratamiento quirúrgico, ya que el problema no es sólo dental, sino también de las estructuras óseas que no pudieron ser corregidas a tiempo.¹¹

RECOMENDACIONES PARA LOS PADRES.

- Supervisar que el niño cepille sus dientes.
- Llevar al niño al ortodoncista a una primera revisión a la edad de 5 a 8 años.
- Alimentación dura, evitar papillas.
- Observar que el niño no presente ningún mal hábito como morderse las uñas, succión digital por un tiempo prolongado, ya que esto desencadena en una mala mordida.
- Así mismo hacer controles médicos debido a que muchas enfermedades nasales pueden desencadenar en problemas en la posición dental al alterarse la respiración normal.
- Observar el estado anímico del niño debido a que en muchas ocasiones puede ser porque no se siente cómodo con su sonrisa o a su vez puede ser víctima de bullying y baja autoestima lo que ocasiona que el niño sufra en silencio.¹²
- Educar al niño para que una vez iniciado el tratamiento cumpla a cabalidad con las normas establecidas por el profesional.

2 CONCLUSIONES

Por lo general los padres ya notan en sus hijos dientes mal posicionados o que no están bien en los huesos o dientes de tamaño desproporcionado con el resto de la cara o mandíbula, sin embargo, en otros casos la necesidad de un tratamiento no es tan evidente: por eso es importante acudir a un ortodoncista para una revisión ortodóncica infantil, a los 5 años ya que la infancia es la mejor edad para actuar debido a que los huesos en esta edad son muy moldeables y los dientes se mueven fácilmente, así pueden evitarse en algunos casos tratamientos de ortodoncia a edades más avanzadas que serán más complejos.

Conflicto de intereses y financiamiento:

Los autores declaran no tener conflicto de intereses, haber cumplido con los requisitos de autoría y haber autofinanciado este artículo

Referencias

- 1 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Centro de prensa; 2004.
- 2 Organización Mundial de la Salud. Informe sobre el problema mundial de las enfermedades bucodentales. Centro de prensa; 2004 maloclusión clase III Rev. Tame 2014.
- 3 Organización mundial de la salud. Serie de informes técnicos. Educación sanitaria e higiene oral. Ginebra 1970.
- 4 Sada M, De Giró J. Maloclusiones en la dentición temporal o mixta Revista, Asociación española de pediatría. Vol 4. Núm 1. Enero 2006.
- 5 Marín G y et al. Etiología y diagnóstico de las anomalías dento faciales. Artículo Ortodoncia 2010.
- 6 Avalos G. y et al. Maloclusión clase III. Revista Tame. Revisión bibliográfica.2014 2014; 3 (8): 279-282.
- 7 Di Santi J. y et al. Maloclusión clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2003.
- 8 Saud A. Class II malocclusion treatment using combined Twin Block and fixed orthodontic appliances – A case report. US National Library of Medicine National Institutes of Health. 2011 Jan; 23(1): 43–51.
- 9 Escobar M y et al. How our body asks for orthodontics. Revista CES Odontología ISSN 0120-971X Volumen 27 No. 1 Primer Semestre de 2014.
- 10 Canut J. El tratamiento en dos fases conveniente o innecesario. Oral. Rev Esp.Ortod 2004;34.81,2.1
- 11 Manccini L. Necesidad de tratamiento ortodóncico según el índice de necesidad de tratamiento ortodóncico en escolares de 12 a 13 años. Universidad Nacional Mayor de San Marcos Facultad de Odontología. Lima. Perú. 2011.
- 12 Avilés M. y et al. Índice de necesidad de tratamiento ortodóncico (IOTN). Oral. Diciembre, 2011. No. 39.

Recibido: 29 de enero de 2018

Aceptado: 22 de marzo de 2018