SEdO Sociedad Española de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial

LO QUE SE DEBE SABER DE ORTODONCIA

La SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ORTODONCIA ha elaborado esta GUIA INFORMATIVA como un servicio público y sanitario, con el objetivo de difundir la Especialidad y concienciar, a quien lo requiera, de la necesidad de asesorarse debidamente antes de iniciar un tratamiento de Ortodoncia.

SEdO Sociedad Española de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial

ÍNDICE

pág.

- ¿QUÉ ES LA ORTODONCIA? 4
- LA NORMALIDAD 6
- CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN 8
- LA OCLUSIÓN 10
- VARIANTES FACIALES 13
- CLASIFICACIÓN DE LA CARA 14
- TRATAMIENTO 16
- APARATOS FUNCIONALES 18
- APARATOS REMOVIBLES 19
- APARATOS FIJOS 20
- APARATOS EXTRAORALES 22
- RETENCIÓN 23
- CEPILLADO Y APARATOS 24
- RESPUESTAS A PROBLEMAS INICIALES DE ORTODONCIA 26
- PRECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA 27

¿QUÉ ES LA ORTODONCIA?

La Ortodoncia es una especialidad odontológica que estudia, previene y corrige las alteraciones del desarrollo, las formas de las arcadas dentarias y la posición de los maxilares, con el fin de restablecer el equilibrio morfológico y funcional de la boca y de la cara, mejorando también la estética facial.

LA ORTODONCIA, ESPECIALIDAD SANITARIA

La preocupación por el enderezamiento dentarlo, a veces hace olvidar al público la trascendenciade los fundamentos biológicos y objetivos funcionales de la Ortodoncia, y de su naturaleza y encuadramiento sanitario.

LA ORTODONCIA, ALGO MAS QUE MOVER DIENTES

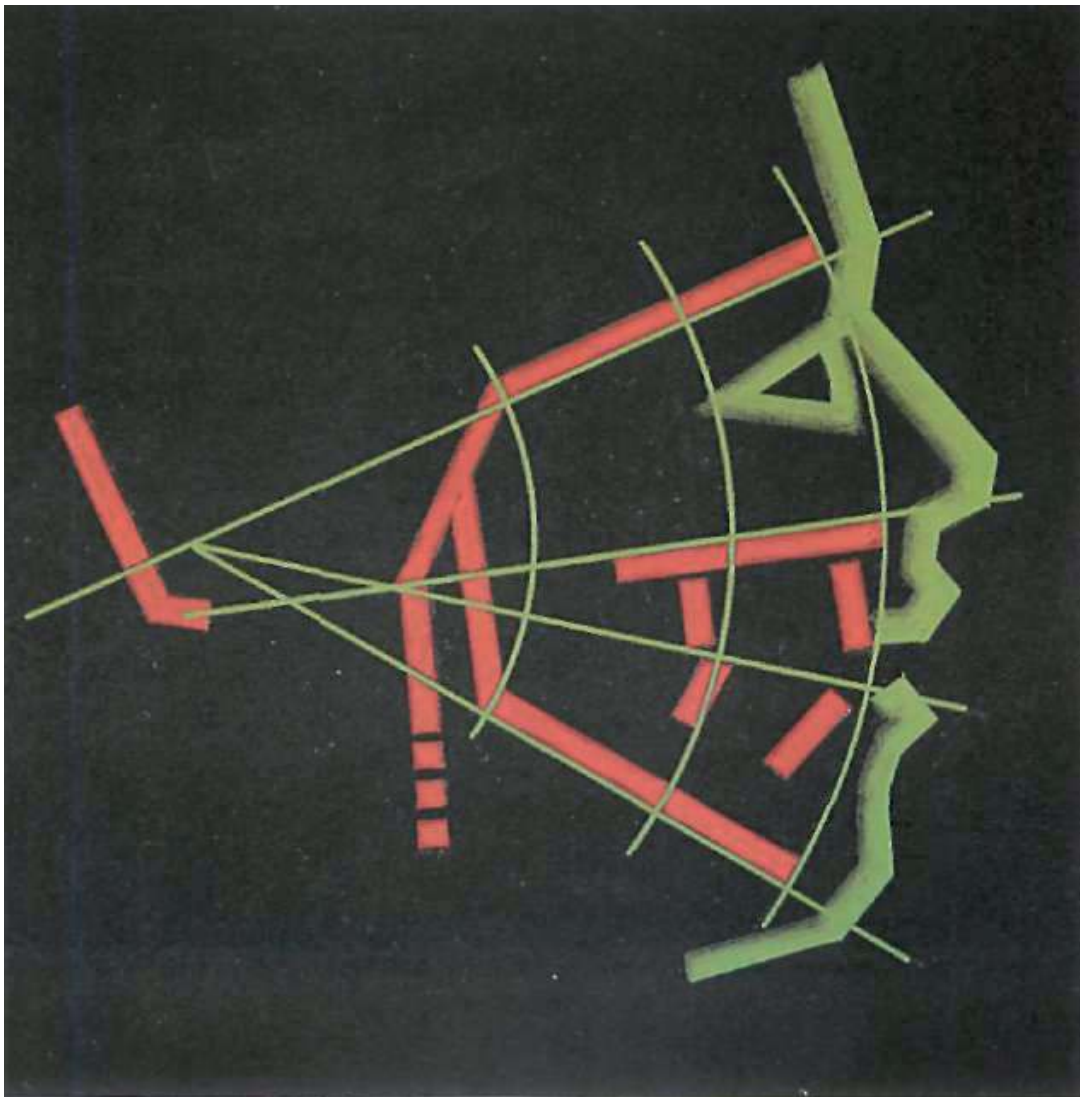
La Ortodoncia enfrenta problemas que van mucho más allá de la colocación individual y pormenorizada de las piezas dentarias, y afronta, por el contrario, la corrección de alteraciones de los maxilares, de la cara y, sobre todo, de los trastornos funcionales de la masticación.

EDAD PARA COMENZAR LOS TRATAMIENTOS

La edad adecuada para tratar las maloclusiones varía según el tipo de problema y su gravedad. Por lo tanto, es aconsejable consultar al ortodoncista tan pronto se descubra una anomalía. De todas formas recomendamos que, se detecte o no un problema, se lleve a los niños para revisión por el ortodoncista al menos a los seis años.

Los tratamientos ortodóncicos suelen asociarse con la adolescencia, pero, como se verá más adelante, aunque no se empiece el tratamiento a edad temprana, es importante, sin embargo, llevar a cabo un control para asegurar la mejor salud dental de los hijos.

La Ortodoncia es una Especialidad Sanitaria más compleja de lo que puede parecer en un principio. Asegúrese de que solo quién está debidamente formado y, por tanto, puede adentrarse en los intrincados problemas diagnósticos y terapéuticos, se hace cargo del caso para que así pueda el tratamiento rendir óptimos resultados.



LA NORMALIDAD

El tratamiento de Ortodoncia tiene como objetivo alcanzar lo normal de cada paciente.

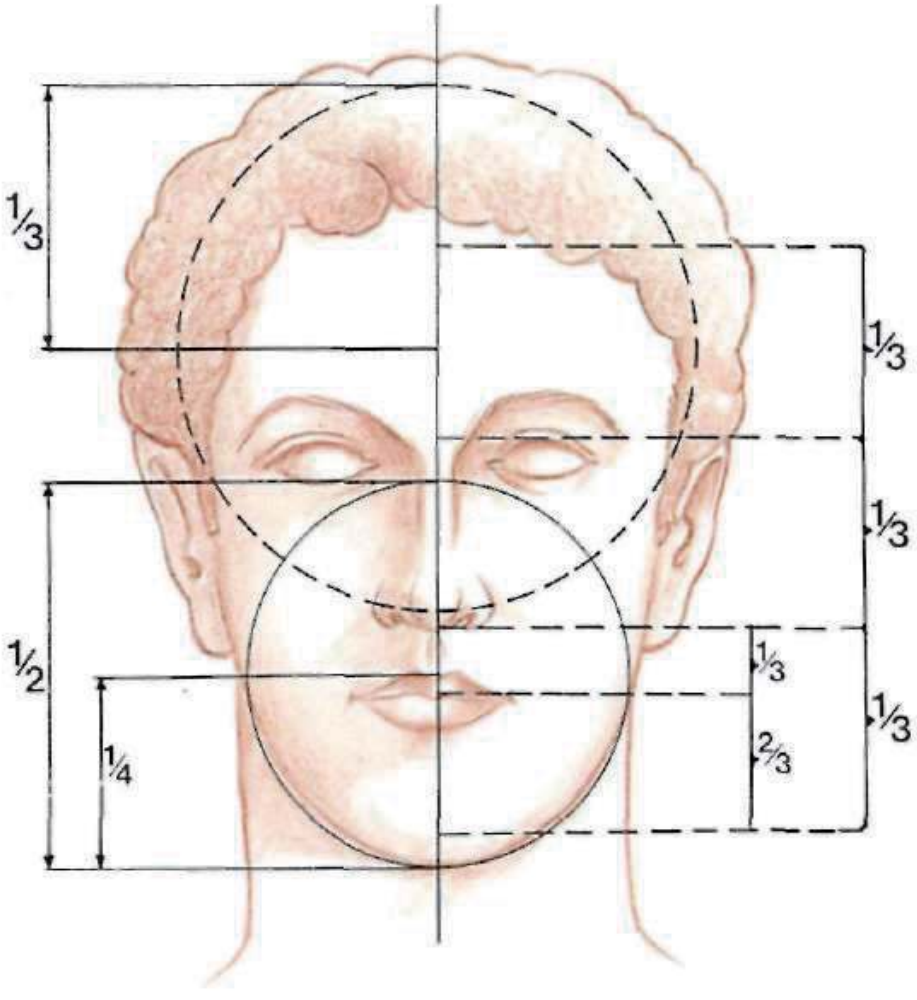
La **normalidad**, es lo regular, lo frecuente. Lo **ideal**, por el contrario, lo que consideramos perfecto.

Cuando los componentes anatómicos están dentro de las normas que se consideran aceptables, se configura un sistema que, desde un punto de vista ortodóncico, sin ser ideal, está dentro de un equilibrio funcional y estético.

¡Recordemos, pues, que lo normal no debe ser confundido con lo ideal o deseado!

La Ortodoncia trata, reconduce, acomoda, encamina a cada paciente hacia su propia meta, haciendo que se reencuentre con su patrón de crecimiento y desarrollo, ajusfando sus dientes y maxilares en el marco de su propia normalidad.

¡La normalidad, eso sí, necesita de ciertos parámetros de referencia!



Definir la belleza es muy difícil. Sin embargo, un rostro atractivo siempre se encuadra dentro de proporciones armónicas, con las variaciones personales y raciales de cada uno, donde las medidas juegan un papel importante, aunque recordemos: **¡sólo como valores referenciales!**

Existe relación entre la posición de las piezas dentarias y el resto del conjunto formado por los maxilares y la cara. Por eso es imprescindible conocer como se acoplan normalmente entre sí, pues la meta hacia la que se dirige el ortodoncista es el ensamblaje armónico de todas ellas.

Lo que el ortodoncista hace es conformar relaciones de dientes y maxilares. La propia naturaleza de cada paciente es la que, más adelante, añadirá los ajustes compensatorios a cada caso, de acuerdo con el tipo facial propio de cada uno, todo ello dentro del marco de la **individualidad personalizada.**

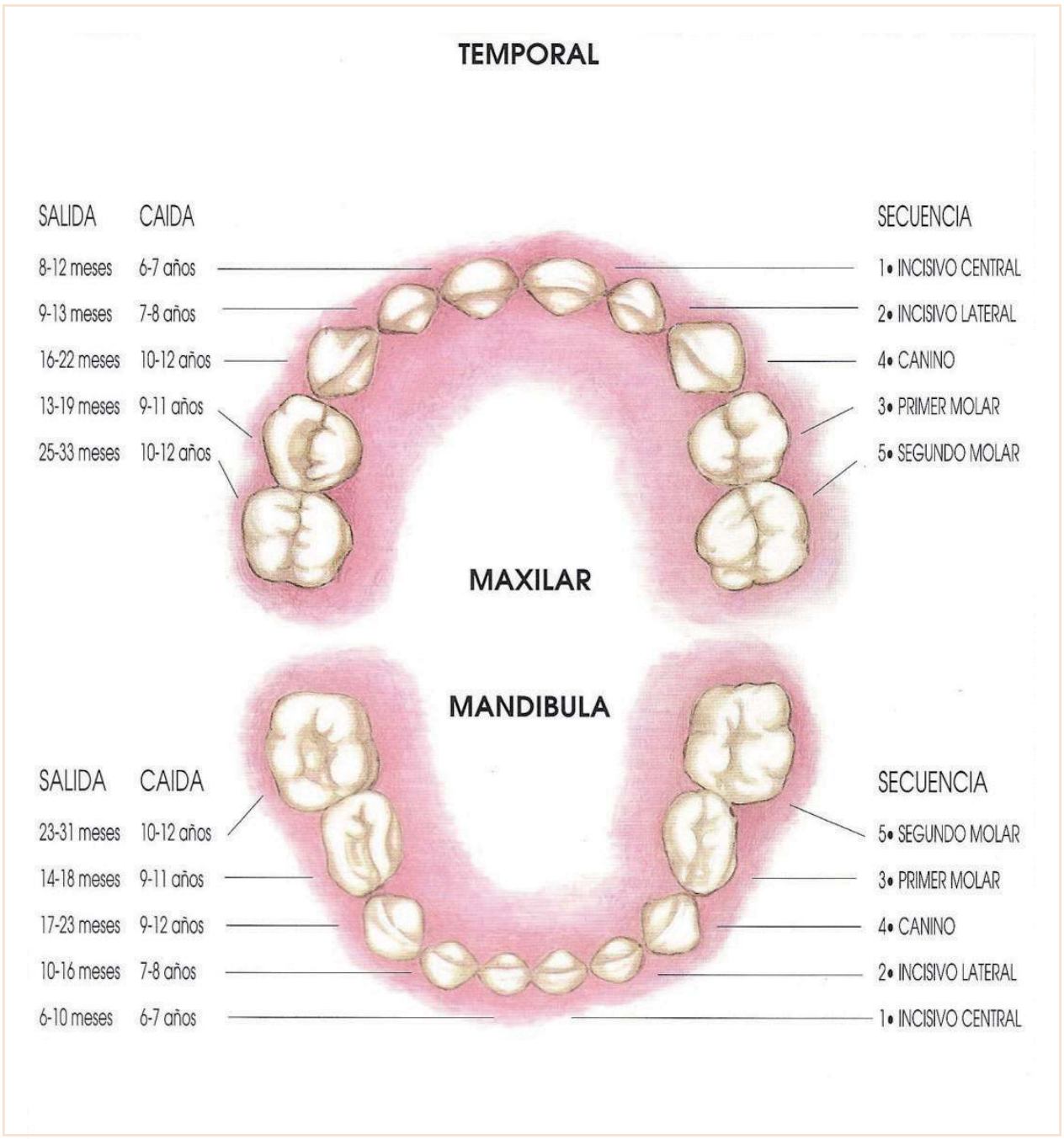
El ortodoncista interpreta debidamente y, por tanto, aconseja y decide sobre la variabilidad de la norma, pues para ello recibe formación complementeria específica en esta especialidad.

CRONOLOGÍA DE LA ERUPCIÓN

¿CUANTOS SON LOS DIENTES Y CUANDO SALEN?

La DENTICIÓN TEMPORAL está constituida por 20 piezas dentarias. Empiezan a salir a los 6 meses, debiendo completarse alrededor de los 3 años.

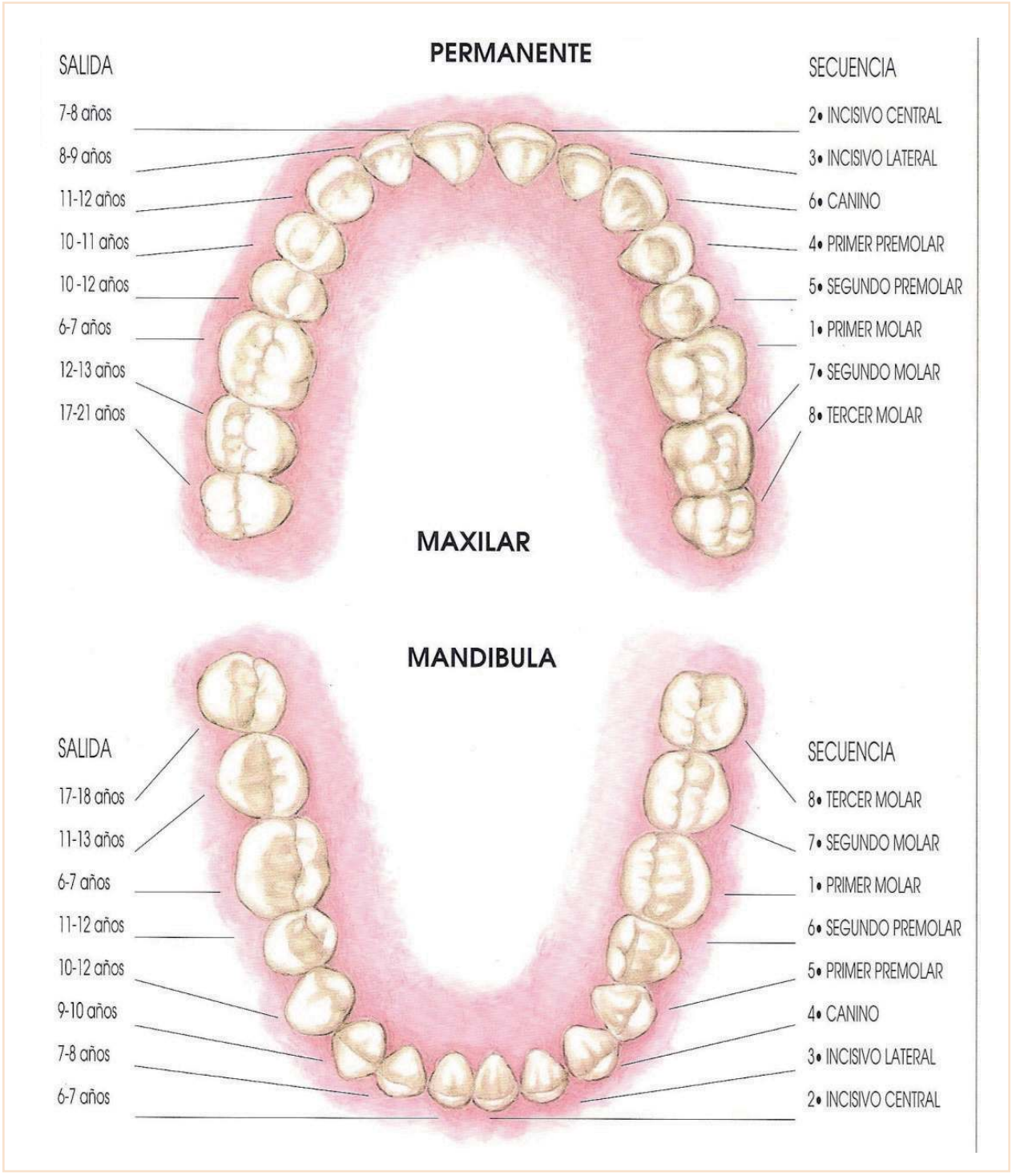
DENTICIÓN MIXTA es el período dentario entre los 6 y 12 años en que las piezas temporales son gradualmente reemplazadas por las definitivas. Durante esta fase estarán juntos los dientes primarios y los permanentes.



La DENTICIÓN PERMANENTE se completa entre los 12 y 14 años, al haber hecho erupción todas las piezas definitivas, a excepción de los "molares del juicio".

El adelanto o retraso moderado en esta secuencia no debe preocupar, pero sí ser motivo de consulta con el ortodoncista. Circustancias diversas influyen sobre el orden y la rapidez eruptiva.

¡A la cronología y curso de la erupción dentaria también se aplica la "normalidad individualizada"!



LA OCLUSIÓN

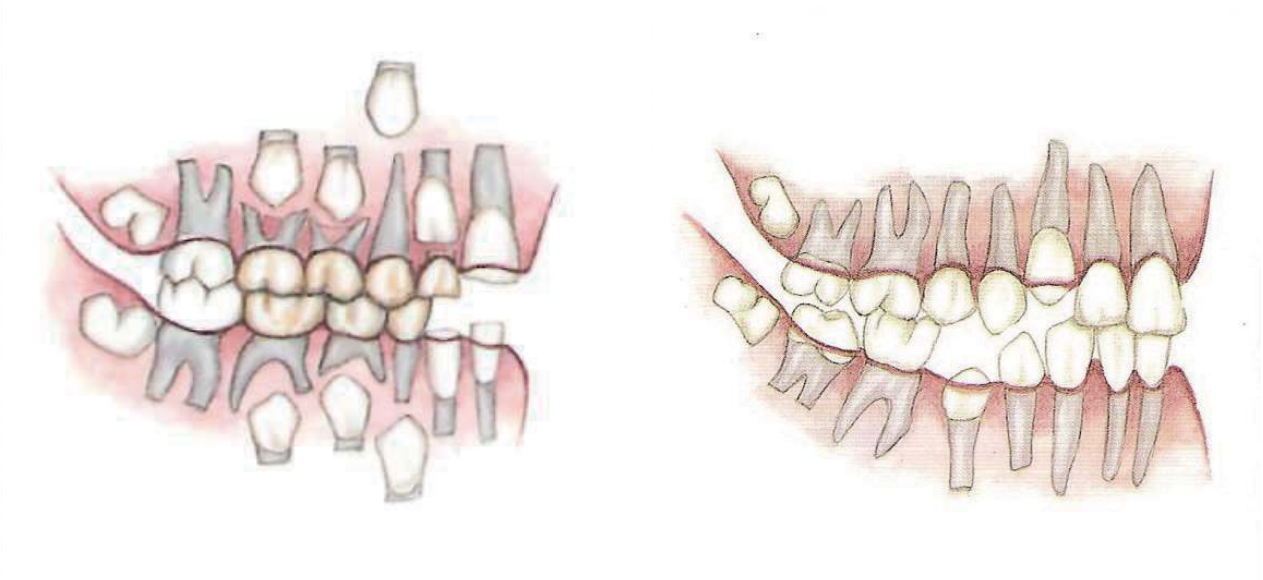
Al nacer, los maxilares están separados. En modo alguno existe una relación de ajuste entre ellos, por no haberse desarrollado aún la Oclusión.

La erupción dentaria, es decir, la aparición de dientes a través de las encías, comienza a edades diferentes y puede tener una secuencia variable, como hemos visto. A medida van erupcionando los dientes temporales, también se desarrollan verticalmente los huesos maxilares. Cuando emergen los primeros molares de leche en la parte posterior, llega un momento en que los superiores se encuentran con los inferiores, entrando en contacto y estableciendo un engranaje que antes no existía: se ha logrado la Oclusión. A ese primer contacto entre molares temporales se le conoce como **"primer levantamiento"** oclusal.

La Dentición Mixta se inicia hacia los 6 años con la erupción de los primeros molares permanentes superiores e inferiores. Estos molares permanentes, al contactar entre sí, como años antes lo habían hecho los temporales, determinan el **"segundo levantamiento"** de la oclusión.

La erupción de estos primeros molares permanentes es de gran importancia, pues, además de ser piezas definitivas, sirven de guía para la colocación correcta de todas y cada una de las demás aún por salir. Por todo ello, su protección y debida conservación resulta fundamental, como puede deducirse de las ilustraciones. Los molares y caninos temporales guardan el espacio que, más adelante, ocuparán los caninos y premolares definitivos. Dado que el tamaño de los temporales es mayor que el de los permanentes aún por brotar, esta diferencia proporciona un espacio que hay que conservar, del que resulta imprescindible disponer para la mayoría de los tratamientos.

¡De ahí la importancia (y la necesidad) de mantener sanos los primeros molares definitivos que erupcionan aproximadamente a los 6 años!



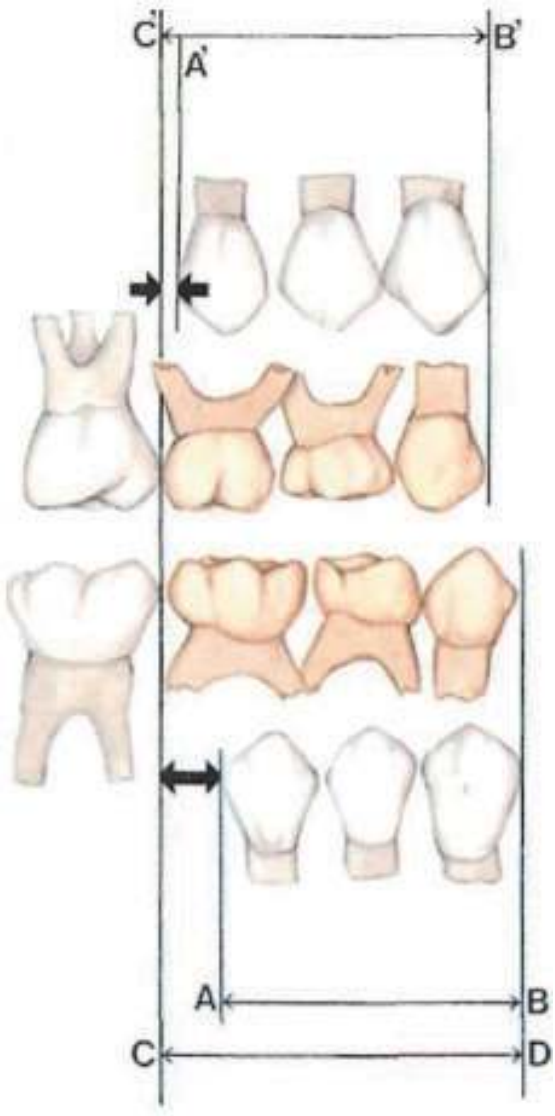
Como fácilmente se deduce, este es un período trascendente del desarrollo de la oclusión. Por ello **resulta imprescindible la visita al ortodoncista al menos a los 6 años** de edad, para asegurar que más adelante, a los doce, cuando hagan erupción los segundos molares permanentes, todas las piezas dentarias encajarán exactamente dónde y como deben.

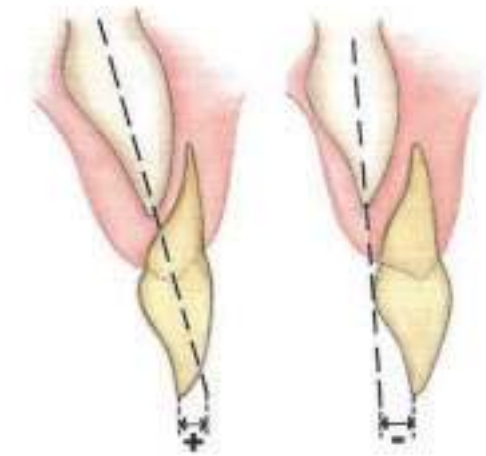
En la mayoría de los casos los molares permanentes, molares "de los seis años", deberán mantenerse donde estén, sin permitir desplazarse hacia adelante, lo que a veces acontece por pérdida de piezas temporales. De ocurrir así, estarían quitando parte del espacio que pertenece a los definitivos para hacer erupción. Independientemente de que, al rodarse también alterarán la relación que deben mantener entre sí.

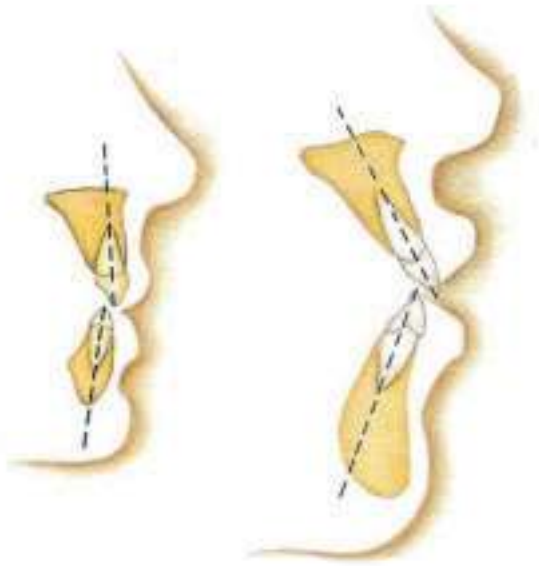
La situación oclusal resulta aún más comprometida al darse la circunstancia de que en el maxilar superior el espacio disponible para el recambio dentario es menor que en el inferior, razón por la que especialmente los molares superiores deberán ser mantenidos en las posiciones que ocupan, sin permitir su desplazamiento.

Este **espacio** llamado **"de reserva o deriva"** hay que mantenerlo a toda costa. Para conseguirlo, cuando se hubieren perdido piezas temporales, por unas razones u otras, será necesario colocar lo que se de-nomina **"mantenedores de espacio"**, para conservar el de las piezas dentarias definitivas. La indicación del mantenedor de espacio la proporciona el examen radiográfico.

Los mantenedores de espacio deben controlarse periódicamente para observar el estado de erupción de las piezas permanentes. Cuando esto suceda, entonces será el momento de retirarlos.







• La relación que mantiene la corona de los dientes definitivos en formación con las correspondientes piezas temporales, determina que las permanentes vayan eliminando por presión a las temporales, favoreciendo, por consiguiente, su reemplazo. Por el contrario, una situación paralela de los ejes de ambas retrasará el recambio de los incisivos, aparte de ocasionar que los definitivos puedan erupcionar por delante o detrás de los temporales, sin que estos hubiesen sido reemplazados.

• El ángulo que guardan entre sí los incisivos superiores e inferiores, pasa de una situación más plana, al principio, a otra acusadamente más convexa, al final, lo que añade espacio al recambio dentario.

• El aumento de espacio para el recambio también se da en sentido transversal, lo que posibilita que las coronas de los incisivos, más anchas que las de sus predecesores temporales, puedan ubicarse debidamente. Cuando esto no sucede se produce una causa de apiñamiento dentario.

Es importante la visita al ortodoncista a estas edades para observar lo que acontece y supervisar el recambio y oclusión de los dientes incisivos.

También hay que verificar la relación que guardan entre sí tanto horizontal como verticalmente, pues se dan cambios significativos en esta época.

VARIANTES FACIALES

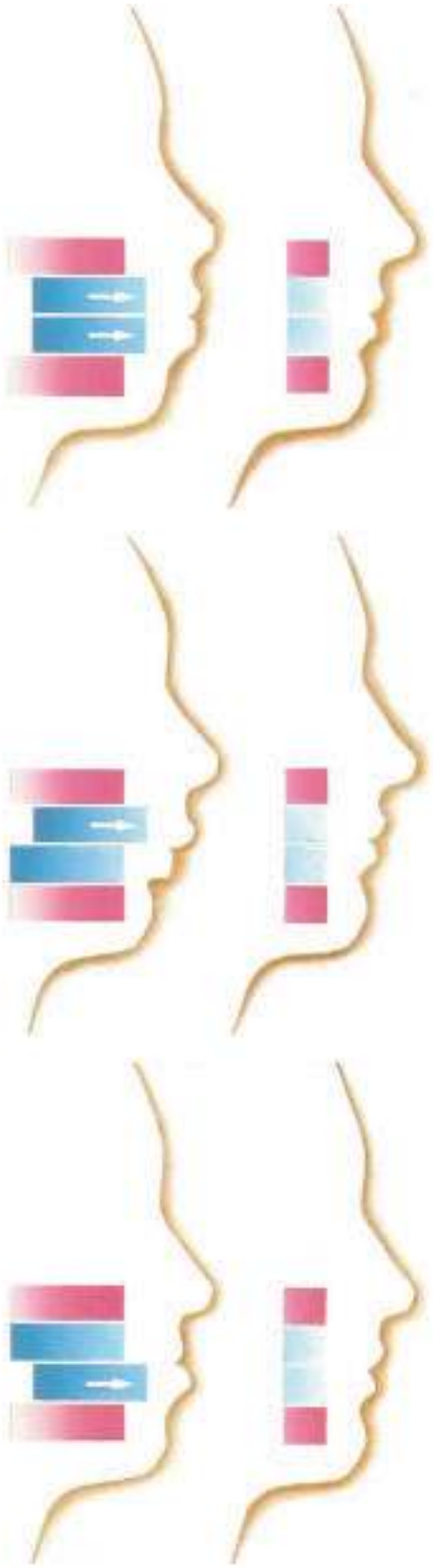
El énfasis en la relación de los primeros molares permanentes determinó que, en un principio, se pensara únicamente en términos de posición de piezas dentarias para clasificar las maloclusiones.

Investigaciones posteriores evidenciaron que, aún cuando la relación molar pueda servir de referencia, la naturaleza de las maloclusiones va más allá y resulta bastante más compleja de lo que se pensaba, pasándose, entonces, a una clasificación por relaciones esqueléticas.

Las relaciones que guardan entre sí los componentes faciales varían enormemente, dependiendo del tipo de cara de cada uno, que las diferentes unidades faciales se sitúen más adelantadas o retrasadas, más abiertas o cerradas, más elevadas o descendidas, más o menos desplazadas hacia un lado ú otro.

Es imprescindible, por consiguiente, conocer a fondo este tema para poder hacer un diagnóstico correcto de la deformidad y establecer el tratamiento adecuado para cada caso en concreto.

El ortodoncista determina con precisión el patrón morfogenético de cada paciente, algo imprescindible para alcanzar un diagnóstico correcto de la maloclusión y para poder establecer el plan de tratamiento apropiado.



CLASIFICACIÓN

En la Ortodoncia moderna, no es suficiente valorar las maloclusiones basándose solo en una clasificación de relaciones dentarias. Hay que profundizar para averiguar la naturaleza de la deformidad. Veremos algunos ejemplos entre las numerosas variables.

CLASE I

Así llamamos a las que guardan una relación normal de maxilares.

•Maloclusión en la que ambos maxilares están en relación correcta. El problema se centra en la posición adelantada de las piezas dentarias (con o sin apiñamiento) respecto a sus bases óseas. Este caso, a veces, requiere de extracciones para su corrección.

CLASE II

Denominamos así a las que guardan una relación que ocasionan un adelantamiento del maxilar superior, con o sin posición retrasada de la mandíbula.

•Esta maloclusión tiene las estructuras dentarias maxilares (con apiñamiento o no) adelantadas con respecto a su base ósea maxilar. Su tratamiento es más sencillo, aun cuando puede necesitar de extracciones. Se evitarían con el tratamiento precoz del caso.

CLASE III

Son aquellas maloclusiones básicamente caracterizadas por una situación de predominio mandibular, en relación a una situación de maxilar superior atrasada . Representan el 5% (aprox.) de todas las maloclusiones.

• Maloclusión caracterizada por una relación normal de bases óseas, pero con las estructuras dentarias inferiores hacia delante con respecto a la base ósea mandibular. Suele necesitar de extracciones para su tratamiento.

Como puede observarse, el diagnóstico en la ortodoncia moderna es muchísimo más complejo de lo que pudiera pensarse. Solamente un ortodoncista

DE LA CARA

CLASE I

Constituyen el 55% (aproximadamente) de todas las maloclusiones.

•Maloclusión en la que ambos maxilares están en relación correcta. El problema se centra en la posición retrasada de las piezas dentarias (con o sin apiñamiento) con respecto a sus bases óseas. Preferentemente se trata sin extracciones.

CLASE II

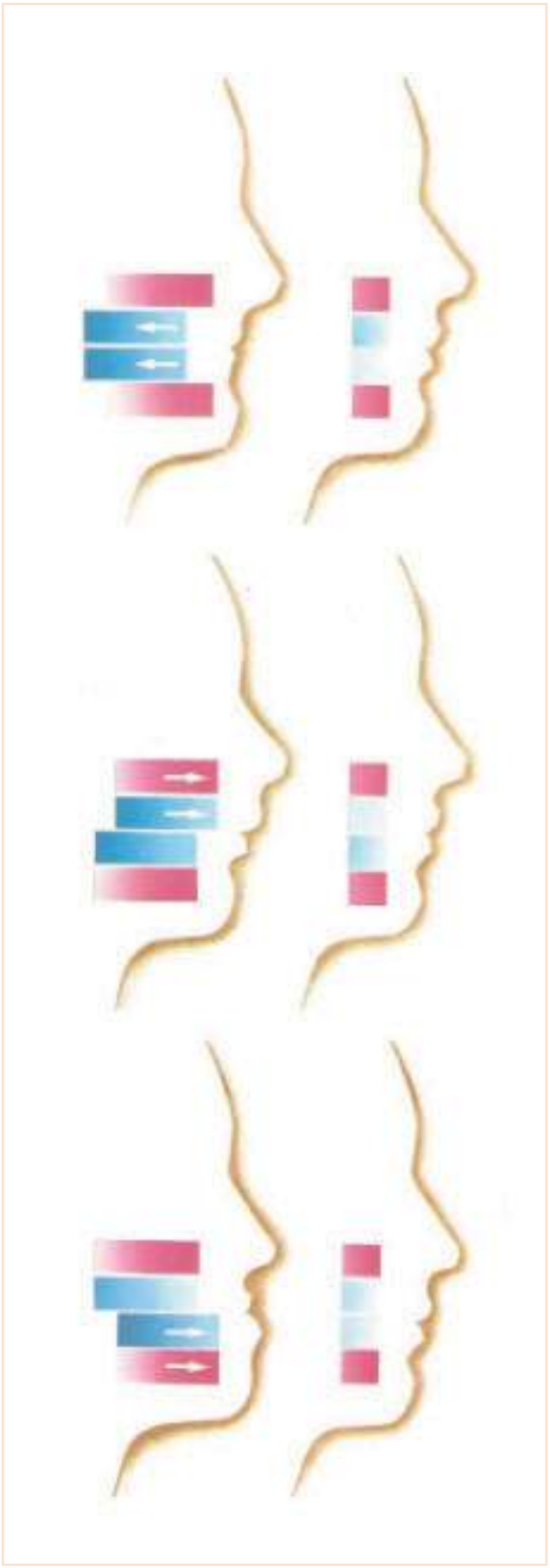
Pueden darse innumerables variaciones. Representa el 45% (aprox.) de todas las maloclusiones.

•Este tipo de maloclusión es bastante más complejo. La mandíbula está retrasada, así como sus estructuras dentarias correspondientes. El maxilar superior está en posición correcta y, en cambio, sus estructuras dentarias están adelantadas con respecto a la base. Su tratamiento es más complejo que el anterior.

CLASE III

•Maloclusión etiquetada como de prognatismo mandibular en el que tanto la mandíbula, como sus estructuras dentarias, están avanzadas con respecto al maxilar superior. Además del tratamiento ortodóncico, suele necesitar de cirugía ortognática complementaria.

Como puede observarse, el diagnóstico en la ortodoncia moderna es muchísimo más complejo de lo que pudiera pensarse. Solamente un ortodoncista debidamente formado podrá hacerlo. Un diagnóstico certero es imprescindible para poder establecer el plan de tratamiento y llevar el caso a feliz término.



TRATAMIENTO

Los tratamientos de ortodoncia pueden ser **INTERCEPTIVOS o CORRECTIVOS**.
Los primeros tratan de evitar alteraciones mayores, mientras que los segundos alcanzan resultados definitivos.

TRATAMIENTO INTERCEPTIVO

Por lo general, se inicia y concluye durante la dentición temporal o mixta. No descartan la posibilidad de una corrección posterior, ante la aparición de otra anomalía similar o diferente.

Este tipo de tratamiento, es utilizado regularmente para corregir hábitos anormales, que pueden interferir en el patrón regular de crecimiento de la cara y maxilares.

Algunas maloclusiones que surgen de hábitos como el de succión del pulgar pueden corregirse por sí solas al cesar la costumbre. Desafortunadamente, en muchas otras ocasiones se producen maloclusiones que requieren tratamiento ortodoncico, aunque lo sea con aparatos simples.
Los tratamientos interceptivos se orientan, por tanto, a la corrección de toda alteración incipiente, dado que, de no tomarse algún tipo de medidas, empeoraría la maloclusión.

El ortodoncista ha sido formado en crecimiento y desarrollo para determinar con exactitud la complejidad de la situación.

TRATAMIENTO CORRECTIVO

Cuando el tratamiento interceptivo no se ha realizado, o bien no ha resultado suficiente por la naturaleza de la maloclusión, entonces es necesario hacer un tratamiento correctivo. En este caso, dirigido a corregir una maloclusión consolldada.

Para los tratamientos correctivos se utilizan, principalmente, tres tipos de aparatos:

- **Aparatos funcionales**
- **Aparatos removibles**
- **Aparatos fijos**

Lo más aconsejable es comenzar estos tratamientos alrededor de los 10 ó 12 años. Aproximadamente duran entre año y medio y tres años, y suelen concluirse cuando la dentición permanente se ha completado, a excepción de los molares del juicio.

El referirnos a una edad ideal para comenzar los tratamientos correctivos, no significa que no puedan iniciarse más avanzada la adolescencia, o bien en edad adulta. Ahora bien, dependiendo de la edad los tratamientos de ortodoncia tendrán objetivos y resultados diferentes.

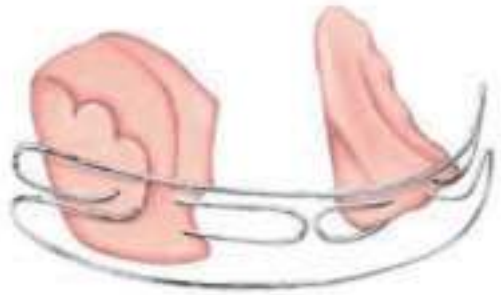
Aunque se insiste en la importancia del tratamiento precoz o adolescente, cada vez se tratan con éxito más irregularidades de adultos.

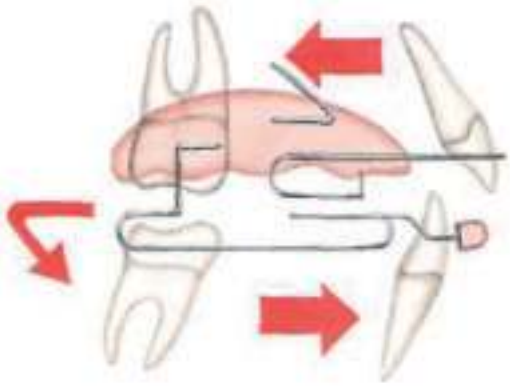
Los tratamientos en pacientes adultos se suelen llevar a cabo también en colaboración con el odontólogo general y otros odontólogos especialistas. No existe razón alguna para que una persona adulta renuncie a plantearse la posibilidad de un tratamiento de ortodoncia en esta época de técnicas avanzadas y con un entorno social que está dando gran importancia a la presencia personal.

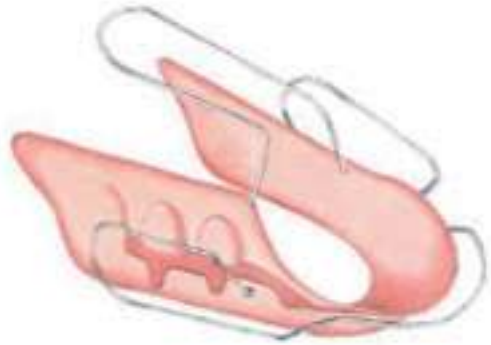
Sin embargo, hay que ser consciente de que los tratamientos de ortodoncia tienen limitaciones, de las que hay que ser conscientes, y que deberán ser identificadas y compensadas de la manera más efectiva. Es en ese contexto y por las razones antedichas que se dice que en Ortodoncia cada caso es un caso diferente y, prácticamente, no tiene igual. De ahí el concepto individualizado que tiene que aplicar a cada tratamiento correctivo.

En casos de deformidad extrema resulta necesario combinar la ortodoncia con la cirugía. El ortodoncista recomendará entonces a un cirujano bucal o maxilofacial para, conjuntamente, elaborar el plan de tratamiento que proceda.

Cuando se hace evidente la necesidad de un tratamiento correctivo, es importante seleccionar un ortodoncista. El Odontólogo general sugerirá el que crea más capacitado, y cuya técnica y resultados le merezcan garantía.







APARATOS FUNCIONALES

Son aparatos que si, en principio, únicamente realizan modificaciones funcionales, luego dan lugar a cambios estructurales. Este tipo de aparatos de ortopedia funcional, tienen su indicación mas precisa durante la dentición temporal o la dentición mixta.

Este tipo de tratamientos se efectúan con aparatos denominados "FUNCIONALES", que, por su sola presencia, modifican el funcionalismo del sistema sobre el que actúan. Al cambiar la dirección e intensidad de las fuerzas musculares también las transforman y producen los desplazamientos dentarios o maxilares correctivos.
Estos aparatos, al variar la función de los músculos de la cara y masticatorios, proporcionan un medio más favorable para los maxilares en desarrollo, optimizando su potencial de crecimiento.
Como variantes de estos aparatos "pasivo-funcionales", hay otros "dinámico-funcionales", que cuentan con determinados resortes que sólo se activan con los movimientos de la mandíbula.

El uso de los aparatos funcionales requiere de una gran colaboración por parte del paciente, que deberá llevarlos todo el tiempo que se le indique.

El éxito de estos aparatos está en lo acertado de su indicación diagnóstica y en la constancia de su uso. La teoría de la adaptación funcional es la base científica de la ortopedia maxilar.

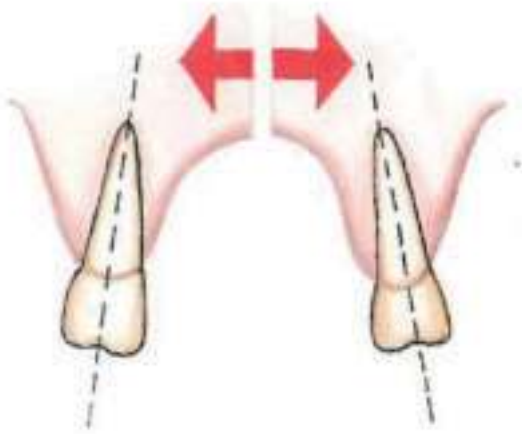
APARATOS REMOVIBLES

Son aquellos que se los puede quitar el mismo paciente para limpieza, pero que, cuando se usan, van firmemente sujetos a las piezas dentarias. Con ellos se pueden aplicar presiones controladas sobre los dientes que se desee desplazar, mediante la acción de elementos mecánicos activos, tales como: resortes, arcos, tornillos y demás. Estas fuerzas son, en su totalidad, artificiales o mecánicas, y actúan directamente desplazando a los dientes, sin tener nada en común con las fuerzas creadas por la acción de los músculos, que participan en las funciones de masticación, deglución, fonación y otras.

Los aparatos removióles, comúnmente conocidos como "placas", son de gran utilidad para la expansión de los maxilares, sobre todo del superior, en especial para la corrreción de "mordidas cruzadas" y apiñamiento leve, cuando esté indicada la expansión. También para movimientos dentarios muy específicos.

Existe gran cantidad de aparatos removibles activos. Tienen ventajas, pero también grandes limitaciones.

No se debe pensar en ellos como alternativa a los tratamientos fijos con bandas o brackets, como tantos, desafortunadamente, lo hacen; aunque, eso sí, tienen cabida en la aparatología del ortodoncista, que es quien mejor sabrá usarlos cuando y como proceda.



APARATOS FIJOS

Teniendo en cuenta las necesidades creadas por el diagnóstico y las posibilidades de tratamiento de la ortodoncia moderna, es indudable que los aparatos fijos son superiores a los removibles.

No obstante, estos no deben ser descartados por sistema, sino reservados para los casos en que estén indicados. Cada aparato tiene una capacidad intrínseca para actuar en determinados casos, más allá de la cuál no podrá operar nunca.

Los aparatos fijos son "la primera división" de la aparatología ortodóncica. Son los únicos que, debidamente utilizados, pueden realizar todo tipo de movimientos, tales como los de enderezamiento y torsión, corporales o en masa, rotaciones y demás. La utilización añadida de los aparatos extraorales, les aporta componentes de corrección ortopédica, en el más estricto sentido de la palabra.

Para conseguir resultados precisos, los aparatos fijos necesitan de una meticulosísima técnica, mediante la colocación precisa de bandas y brackets cementados sobre todas y cada una de las piezas dentarias, así como de una serie de sofisticados arcos para lograr los desplazamientos a que haya lugar, de acuerdo con el plan de tratamiento elaborado.

Los aparatos fijos tienen capacidad para desplazar de forma individual a todas y cada una de las piezas dentarias en cualquier dirección del espacio, lo que no sucede con los demás aparatos.

En muchas ocasiones es necesaria la utilización de elásticos intermaxilares, que, debidamente enganchados donde se señale, proporcionan la presión necesaria para mover dientes y maxilares hacia sus posiciones correctas. Los elásticos o gomas intermaxilares, tendrán que utilizarse el número de horas que se indique, de no hacer se así, se puede alargar el tiempo del tratamiento e incluso no alcanzar su mejor resultado.

INDICACIONES ESPECIFICAS PARA LOS APARATOS FIJOS

Malposición Dentaria

El empleo de aparatos fijos es necesario cuando la corona o la raíz de un diente está francamente desplazada de su posición correcta, especialmente cuando el movimiento que se requiere es en dirección vertical. Lógicamente, también son imprescindibles para cualquier desplazamiento horizontal.

Dientes Rotados

El control preciso de la posición del diente logrado por el uso de los aparatos fijos, permite realizar movimientos de rotación, imposibles de conseguir con cualquier otro tipo de aparato.

Cierre de Espacios

Solamente los aparatos fijos pueden cerrar espacios correctamente, al conseguir desplazar en bloque toda la pieza dentaria, corona y raíz, y colocarlas, como procede, con sus raices paralelas a las de piezas contiguas en la arcada.

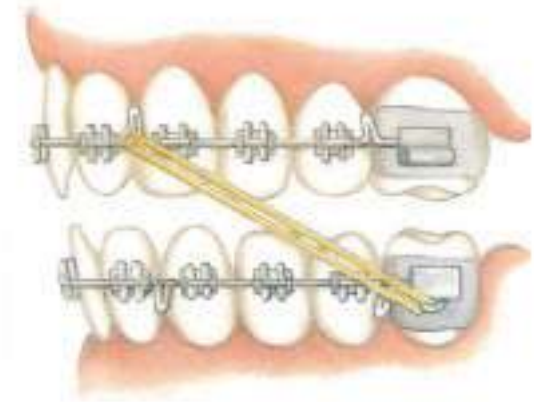
Relación de Incisivos

Cuando es necesaria la corrección angular de la posición de incisivos superiores, inferiores o de ambos, solo los aparatos fijos pueden desplazar los grupos dentarios anteriores en masa, lo que resulta de suma importancia para lograr un cambio estable en el nuevo ángulo interincisal que se les adjudique.

Movimientos múltiples

Los aparatos fijos pueden ejercer control sobre la posición de varios dientes o grupos de dientes a la vez, ya sea en uno o en ambos maxilares. Además, permiten realizar movimientos de inclinación, rotación y apicales simultáneamente; así como también aplicar fuerzas intermaxilares o extraorales, lo que no acontece con otros aparatos.

Con los aparatos fijos es imprescindible asegurar de antemano la colaboración de los pacientes. También resulta fundamental que se identifiquen con sus tratamientos y cuiden con meticulosidad de los aparatos. Estos son instrumentos de precisión y, como tales, hay que tratarlos.



APARATOS EXTRAORALES

El ANCLAJE EXTRAORAL y la MENTONERA son una parte muy importante del tratamiento ortodóncico.
Los aparatos extraorales crean fuerzas especiales que dirigen el crecimiento de la cara y de los maxilares. También se utilizan para mover los dientes hacia posiciones mejores o bien para impedir que se desplacen cuando no deben hacerlo.

La utilización regular de los aparatos extraorales ayuda a conseguir óptimos resultados. Habrá que llevarlos el número de horas que se indiquen.

También:
Se quitarán tal como se enseña, ya que, de no hacerlo de esa manera, se pueden dañar las mejillasjos labios, o incluso hasta los ojos.

No se debe quitar el anclaje extraoral hasta que se hayan desenganchado antes las correas.

El anclaje extraoral no debe llevarse al correr o hacer deportes. No debe permitirse que nadie agarre o tire del anclaje extraoral o mentonera.

Los aparatos extraorales habrá que cuidarlos bien y traerlos a la consulta en cada visita.

Habrá que seguir con exactitud las instrucciones que dé el ortodoncista, como única forma de terminar antes y mejor los tratamientos de ortodoncia.
Recordar que el éxito del resultado está en manos del propio paciente, tanto como en las del especialista.

RETENCIÓN

Una vez quitados los aparatos fijos, termina el tratamiento activo. Pero queda otro paso importante lla mado Retención. Los **retenedores** están diseñados para mantener los dientes en su posición correcta hasta que hueso y encías se adapten al cambio.

Los retenedores son temporales. El ortodoncista decidirá cuánto tiempo hay que llevarlos, así como el que mas conviene de los que usan con mayor frecuencia.

Consejos para el buen trato de los retenedores:
¡ Llevarlos ! Es decir, en la boca; no en el bolsillo o en el bolso.

¡ Mantenerlos limpios!
Cuando sean removibles, limpiar todas las partes del retenedor con un cepillo de dientes.
Si los retenedores son fijos, es importante limpiar por debajo del alambre con seda dental o con el cepillo interproximal.

¡ Manejarlos con cuidado!
Los retenedores son mas fáciles de romper y de perder de lo que se piensa.

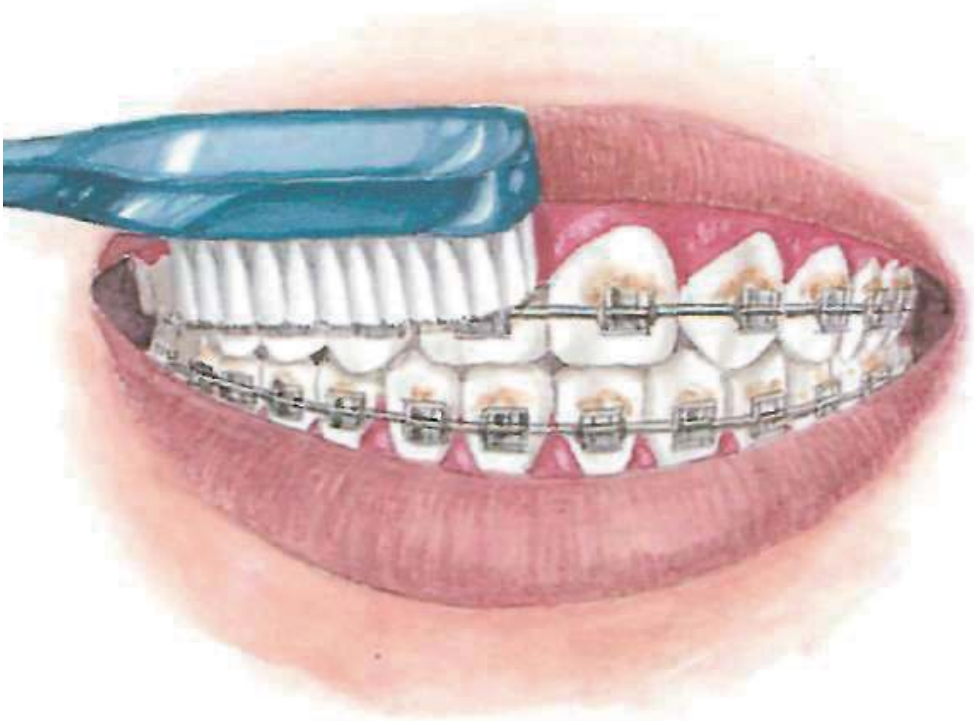
Recordar: los dientes necesitan tiempo para adaptarse a sus nuevas posiciones. Los retenedores los mantienen en ellas mientras los huesos y las encías se adaptan al cambio. De no llevarlos, se corre el peligro de que vuelvan a su situación anterior al tratamiento.

CEPILLADO Y APARATOS

Hay que mantener muy limpios los dientes y los aparatos. Los aparatos de ortodoncia no causan caries; al contrario, algunos como los fijos protejen la parte cubierta del diente mediante el cemento que actúa como sellado.

Los aparatos, en cambio, sí que pueden facilitar que los restos alimentarios queden atrapados y se forme la placa bacteriana. Hay que evitar que se acumule, pues, de suceder, atacará al diente y se producirá decalcificación, **¡No dejar que esto suceda!** Como resultado de la placa bacteriana y de restos de alimentos que se dejaron sin limpiar entre dientes y aparatos, las encías duelen y están hinchadas. La falta de cuidado en el cepillado deja marcas permanentes en los dientes. **¡Evitarlas!. El problema es la Placa.**

La placa es una sustancia blanca y pegajosa que se acumula sobre los dientes cuando comemos. Si se dejan placa y restos de alimentos acumulados en los dientes y alrededor de los aparatos, se puede provocar la hinchazón de las encías, mal aliento, marcas en los dientes y **caries**.



CÓMO Y CUÁNDO CEPILLARSE

Hay que cepillar después de cada comida, en particular si se ha tomado algo dulce o pegajoso.

Lo más importante es que, por lo menos tres veces al día, se cepillen bien los dientes y aparatos, hasta que queden perfectamente limpios.

Se tiene que eliminar todo indicio de placa o restos alimentarios atrapados entre los dientes y aparatos, utilizando el cepillo, la pasta y otros medios que pueda recomendar el ortodoncista.

Es necesario cepillar todas las superficies: delante, detrás, encima y debajo de los alambres y, sobre todo, en la unión del diente con la encía. Hay que mantener siempre limpios los dientes y aparatos en la línea de las encías, o, de lo contrario, se inflamarán y dolerán, dificultando el cepillado.

Cepillarse los dientes después de cada comida es la única manera de prevenir la formación de placa y caries dental. Enjuagarse luego. Si se han cepillado bien, brillarán dientes y bandas.

RESPUESTAS A PROBLEMAS INICIALES DE ORTODONCIA

¿Cuándo se debe comenzar a vigilar los dientes de los niños?

El tratamiento preventivo debe iniciarse antes de que se manifieste la maloclusión. Los padres deben llevar regularmente sus hijos al dentista para que éste pueda identificar los primeros síntomas y aconsejar el tratamiento de Ortodoncia cuando lo juzgue necesario.

¿Por qué es importante conservar los dientes de leche?

Los dientes temporales mantienen la forma de las arcadas dentarias y conservan el espacio necesario para sus sucesores, los dientes permanentes. Además, son importantes para asegurar una buena masticación en una edad de gran crecimiento. Por otra parte, los dientes con caries se infectan, produciendo abscesos y molestias dolorosos en los niños.

¿Qué hacer con la pérdida prematura de dientes?

Cuando la pérdida ocurre en un molar, es aconsejable colocar un pequeño aparato llamado "mantenedor de espacio", con el fin de que el diente permanente que ha de venir, tenga sitio reservado. El ortodoncista ha de decidir cuándo y qué clase de aparato debe utilizarse.

¿Qué hacer cuando se retrasa el cambio?

En este caso se debe hacer una radiografía para comprobar el estado del sucesor permanente. Si ya esta próximo a salir, lo mejor es extraer el diente temporal. Pero recordar que un retraso moderado en el recambio no debe alarmar, aunque si, en cambio, ser motivo de consulta al ortodoncista.

PRECISIONES SOBRE EL TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

¿Se pueden corregir todas las maloclusiones?
La corrección de las anomalías de los dientes y de los huesos maxilares es siempre algo relativo. Todas las maloclusiones son susceptibles de mejorar, dependiendo de una serie de ciscunstancias que el Ortodoncista explicará a los padres. En casi todos los casos es posible obtener un gran mejoramiento de la función de los dientes y del aspecto estético de la cara.

¿A qué edad se debe hacer el tratamiento de Ortodoncia?
La época más adecuada para iniciar el tratamiento depende de la naturaleza de la maloclusión. El tratamiento preventivo debe hacerse cuanto antes. Los padres nunca deben decidir por sí mismos, sino dejar esta responsabilidad en manos del ortodoncista.

¿Los aparatos de Ortodoncia perjudican los dientes?
Todo lo contrario. Los aparatos son el instrumento con que cuenta el ortodoncista para corregir la maloclusión. Gracias a su acción es posible mejorar, no sólo el estado de los dientes, sino el de las encías y huesos maxilares. Lo que sucede es que hay aparatos que favorecen la retención de alimentos, debiéndose extremar el cuidado en la limpieza de los dientes.

¿Es doloroso el tratamiento?
En términos generales, el tratamiento es completamente indoloro. Durante los primeros dias el uso de los aparatos puede producir alguna incomodidad y molestia, pero una vez se crea el hábito, éstas desaparecen. Sin embargo, de persistir deberá consultarse al ortodoncista.

Cuando finaliza el tratamiento activo de ortodoncia, el ortodoncista, el propio paciente y su dentista seguirán trabajando en equipo para asegurar la salud dental general.

A la vez que los ortodoncistas están formados para diagnosticar otros problemas de la boca y sus anexos, están concentrodos en el tratamiento de las anomalías dentofocaciales y, por ello, limitan su octlvidad a la ortodoncia. Como se pueden presentar otros necesidades odontológicos al terminar los tratamientos, o bien en el futuro, es importante la visita regular de cada uno a su dentista. Su responsabilidad más importante es la conservación de la salud dental general, incluyendo necesidades tales como obturación de cavidades nuevas o recurrentes, cambios de empastes, y coronas o puentes en los pacientes adultos. El ortodoncista y el odontólogo general se mantendrán mutuamente informados de los pacientes tratados ortodóncicamente, así como del mantenimiento de la salud de su boca y otras necesidades.

Cuidados adecuados en casa y la supervisión profesional periódica ayudan a conservar una boca sana y una sonrisa atractiva toda la vida.

El ortodoncista debe visitarse periódicamente para ayudar a garantizar una "salud oclusal" y supervisión del resultado, pero también se deberá visitar al odontólogo general. Las citas de mantenimiento ortodóncico no sustituyen las regulares al dentista. El asegurar el resultado del tratamiento dependerá también de la buena higiene de la boca y de los cuidados en casa. Después de consultar al odontólogo, el ortodoncista presenta a los pacientes detalles del plan de conservación de salud bucodental y también de los autocuidados necesarios para su salvaguardia.

La ODONTOLOGÍA moderna sólo se concibe como un esfuerzo conjunto, en EQUIPO DE SALUD DENTAL.

Como puede observarse, en ORTODONCIA, y para completar los casos más complejos, puede ser necesaria la colaboración de algunos otros miembros del Equipo de Salud Dental.

Selección del Ortodoncista.

Cuando se hace evidente la necesidad de un tratamiento, es importante seleccionar a un ortodoncista. Normalmente, un dentista general le recomendará a quien considera capacitado y cuya técnica y resultados le merecen respeto.

LA SOCIEDAD ESPAÑOLA DE ORTODONCIA
también puede informarle, si así lo desea.
En ese caso dirigirse a:

C/ Colombia, - bajo
28036 MADRID
Teléfono 91 344 19 58
Fax 91 344 00 66
sedo@sedo.es
www.sedo.es