



DOI: 10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.333-345

URL: <https://reciamuc.com/index.php/RECIAMUC/article/view/457>

EDITORIAL: Saberes del Conocimiento

REVISTA: RECIAMUC

ISSN: 2588-0748

TIPO DE INVESTIGACIÓN: Artículo de Revisión

CÓDIGO UNESCO: 3213.13 Estomatología

PAGINAS: 333-345



Principales beneficios de un tratamiento de ortodoncia en niños

Main benefits of an orthodontic treatment in children

Principais benefícios de um tratamento ortodôntico em crianças

Paulina Jovanna Gacitúa Cartes¹; María Jesús Zárate Piffardi²; Javiera Alejandra Rojas Donaire³; Constanza del Carmen Reveco Padilla⁴

RECIBIDO: 18/11/2019 **ACEPTADO:** 20/12/2019 **PUBLICADO:** 31/01/2020

1. Cirujano dentista; Investigador Independiente; Santiago de Chile, Chile; paulinagacitua@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-1366-2172>
2. Cirujano dentista; Investigador Independiente; Santiago de Chile, Chile; mizaratep@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0001-5817-129X>
3. Cirujano dentista; Investigador Independiente; Santiago de Chile, Chile; dra.javierarojas@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-3999-3674>
4. Cirujano dentista; Investigador Independiente; Santiago de Chile, Chile; constanzarevecop@gmail.com;  <https://orcid.org/0000-0002-0741-6768>

CORRESPONDENCIA

Paulina Jovanna Gacitúa Cartes
paulinagacitua@gmail.com

Santiago de Chile, Chile

RESUMEN

Siendo la salud bucodental considerada parte de la Calidad de Vida, fundamental en el desarrollo de las personas, surge la necesidad de analizar las diferentes alternativas para contribuir en esta, especialmente en los niños, como población vulnerable, donde la ortodoncia durante la infancia juega un papel fundamental, considerando esta busca prevenir y corregir problemas como la mordida defectuosa, desalineación de los dientes, entre otros, con claros beneficios estéticos, anatómicos y funcionales, los cuales, implementados durante la infancia, presentan beneficios adicionales, para lo cual se requiere el pleno conocimiento del profesional (odontólogo) de todas las etapas del crecimiento óseo y dentario, además de todos los factores asociados a la selección, implementación de las diversas técnicas terapéuticas disponibles, siendo estas las principales conclusiones de la presente investigación, a lo cual se añade el necesario aumento de la implementación de la ortodoncia en el sistema público de salud, a los efectos de poder beneficiar a toda la población, todo esto por medio de una investigación documental-descriptiva, con técnicas e instrumentos de sistematización para organizar y presentar la información y los resultados.

Palabras clave: Ortodoncia, Ortodoncia Interceptiva, Infancia, Salud Bucodental

ABSTRACT

Being oral health considered part of the Quality of Life, fundamental in the development of people, the need arises to analyze the different alternatives to contribute in this, especially in children, as a vulnerable population, where orthodontics during childhood plays a fundamental role, considering this seeks to prevent and correct problems such as defective bite, misalignment of teeth, among others, with clear aesthetic, anatomical and functional benefits, which, implemented during childhood, present additional benefits, for which the full knowledge of the professional (dentist) of all stages of bone and dental growth, in addition to all the factors associated with the selection, implementation of the various therapeutic techniques available, these being the main conclusions of the present investigation, to which is added the necessary increase in orthodontic implementation in the public health system, in order to benefit the entire population, all this through a documentary-descriptive investigation, with systematization techniques and instruments to organize and present information and results.

Keywords: Orthodontics, Interceptive Orthodontics, Children, Oral Health.

RESUMO

Sendo a saúde bucal considerada parte da Qualidade de Vida, fundamental no desenvolvimento das pessoas, surge a necessidade de analisar as diferentes alternativas para contribuir com isso, principalmente em crianças, como população vulnerável, onde a ortodontia na infância desempenha um papel importante. papel fundamental, considerando que busca prevenir e corrigir problemas como mordida defeituosa, desalinhamento dos dentes, entre outros, com claros benefícios estéticos, anatómicos e funcionais que, implementados na infância, apresentam benefícios adicionais, pelos quais o conhecimento completo do profissional (dentista) de todas as etapas do crescimento ósseo e dentário, além de todos os fatores associados à seleção, implementação das diversas técnicas terapêuticas disponíveis, sendo estas as principais conclusões da presente investigação, às quais se somam o aumento necessário na implementação ortodôntica no sistema público de saúde, para beneficiar toda a população, tudo isso através de uma investigação documental-descritiva, com técnicas de sistematização e instrumentos para organizar e apresentar informações e resultados.

Palavras-chave: Ortodontia, Ortodontia Interceptiva, Crianças, Saúde Oral.

Introducción

La salud bucal o bucodental es un concepto relacionado directamente con la Calidad de Vida, la cual es definida por la Organización Mundial de la Salud, citado por (Mercado, Mamani, Mercado, & Tapia, 2018, pág. 96), como la “percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”, donde los autores enfatizan, “la salud bucal viene a ser un componente significativo en la calidad de vida general de los individuos, con importantes implicancias en el estado de salud”, es por tal motivo que, gran parte la formación dentaria ocurre durante la infancia, es necesario analizar las diferentes opciones terapéuticas para lograr beneficios tempranos en la salud bucodental de los niños, con especial énfasis en los impactos psicológicos, estéticos y anatómicos.

Entendiendo la ortodoncia como, definida por (Hernández, Calvillo, & Mariel, 2017, pág. 25), “el área de la odontología encargada de corregir mordidas deficientes (lo deseable es que los dientes superiores encajen a la perfección con los inferiores), así como las irregularidades de posición de los dientes”, divide principalmente en preventiva, interceptiva y correctiva (aunque no uniforme los criterios en este particular), nace la necesidad de estudiarla en relación con los problemas durante la infancia, como la etapa donde se pueden evitar y corregir estos problemas, analizan los tratamientos aplicables, y los diversos criterios y factores que inciden en la selección de este, junto a análisis de los diferentes etapas del desarrollo dentario y los beneficios del conocimiento pleno de cada etapa para que la ortodoncia sea beneficiosa durante la infancia.

Pudiendo destacarse las ventajas que representa la ortodoncia durante la infancia, especialmente a largo plazo, por lo cual debe incentivar su práctica, especial en

el sistema público de salud, para permitir mayor acceso a la salud bucodental, la preparación de odontólogo en la ortodoncia infantil es fundamental, considerando razones técnicas ligadas a la evolución de la estructura ósea y dentaria, en lo relacionado con los demás factores que influyen en el éxito de la ortodoncia, y la prevención y el seguimiento a la evolución dental del infante es fundamenta en la prevención o disminución de problemas dentales, disminuyendo su severidad y disminuyendo los costos de procedimiento durante la etapa adulta.

Todo esto por medio de una investigación documental en los términos planteados por (Baena, 2000, pág. 11), “podríamos equipararla al constante descubrimiento de la memoria de la humanidad en cada uno de los objetos sobre los que ha dejado huella el ser humano”, y lo planteado por (Arias, 2006, pág. 27), la “investigación documental es un proceso basado en la búsqueda, recuperación, análisis, crítica e interpretación de datos secundarios, es decir, los obtenidos y registrados por otros investigadores”, con elementos de una investigación descriptiva, según (Hernández Sampieri, Fernandez, & Baptista, 1997, pág. 71), ya que busca “describir situaciones y eventos. Esto es, decir cómo es y se manifiesta determinado fenómeno”, en cuanto a las técnicas e instrumentos utilizados en el tratamiento de datos, se tomaron los criterios de (Niño Rojas, 2011, pág. 34), “su estrategia para el tratamiento de los datos se basa en la sistematización”, considerando que este tipo de investigación (descriptiva) tiene como propósito “describir la realidad objeto de estudio, un aspecto de ella, sus partes, sus clases, sus categorías o las relaciones que se pueden establecer entre varios objetos, con el fin de esclarecer una verdad el uso de cifras y la estadística” (Niño Rojas, 2011, pág. 30)

Conceptos básicos

Para mejor comprensión y en pro de establecer criterios uniformes a los efectos de

la presente investigación se establecen los siguientes conceptos básicos:

Ortodoncia: según (Hernández, Calvillo, & Mariel, 2017, pág. 25) “es el área de la odontología encargada de corregir mordidas deficientes (lo deseable es que los dientes superiores encajen a la perfección con los inferiores), así como las irregularidades de posición de los dientes”

Maloclusión: según (Mercado, Mamani, Mercado, & Tapia, 2018, pág. 95), “es el resultado de la anormalidad morfológica y funcional de los componentes óseos, musculares y dentarios que conforman el sistema estomatognático”, lo que, según los autores, “por no darse la relación normal entre las unidades dentarias con los demás dientes en el mismo arco y con los del arco antagonista creando un problema funcional (masticación, fonación y oclusión y estético para el individuo” a lo que concluye, “con un efecto psicológico perjudicial para la persona”

Salud bucodental y Calidad de Vida

Tal como lo plantea (Mercado, Mamani, Mercado, & Tapia, 2018, pág. 96), la definición que la OMS en 1994 ofreció de calidad de vida fue “percepción del individuo de su posición en la vida, en el contexto de la cultura y sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones”, mientras que Cerón, citado por los mismos autores, define la calidad de vida como:

La percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas y sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de un modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno

A lo que (Mercado, Mamani, Mercado, & Tapia, 2018, pág. 96) enfatiza “La salud bucal viene a ser un componente significativo en la calidad de vida general de los individuos, con importantes implicancias en el estado de salud”, donde “Cuando se habla de calidad de vida, esta viene a ser un conjunto de características personales y percepción de ‘sentirse bien’, y va englobar cuatro categorías: factores funcionales, factores psicológicos, factores sociales y la existencia de molestias o dolor”, por lo que la salud bucal es fundamental, no solo para la vida plena sino el desarrollo de la personalidad en la infancia y la adolescencia, como por ejemplo la maloclusiones, las cuales los autores indica, “tienen un gran impacto psicológico, ya que pueden reducir el atractivo facial, lo que puede poner a la persona en desventajas sociales y reacciones adversas sociales que pudieran afectar al bienestar de la persona”, siendo la sonrisa “la segunda característica facial más observada”, de allí la importancia, por lo aspectos externos de la salud bucal, como las internas asociadas.

Algunos datos sobre la salud bucodental aportados por la (Organización Mundial de la Salud, 2018) arrojan que “las enfermedades bucodentales son las enfermedades más comunes, y afectan a las personas durante toda su vida, causando dolor, molestias, desfiguración e incluso la muerte”, donde según estimaciones publicadas para el año 2016 este tipo de enfermedades afectan a la mitad de la población, aproximadamente a 3.580 millones de personas, siendo la caries dental en trastorno más prevalente, siendo el tratamiento dental costo, representando una media del 5% del gasto total de salud y el 20% del gasto médico directo en salud en la mayoría de los países de altos ingresos, y para el caso de los países de bajos ingresos la necesidad de atención de salud bucodental rebasa las capacidades de los sistemas de atención, siendo la salud bucodental un indicador clave de salud, bienestar y calidad de vida en general, observándose así su importancia para el in-

dividuo en su desarrollo físico y psicosocial.

Entre las siete principales y trastornos bucodentales asociados, causas de morbilidad por enfermedades y trastornos bucodentales, se ubican según la (Organización Mundial de la Salud, 2018) “caries dentales, periodontopatías, cáncer bucales, manifestaciones bucodentales del VIH, traumatismos bucodentales, labio leporino y paladar hendido, y noma”, siendo estas en gran medida prevenibles o tratables en sus etapas iniciales, entendiendo que muchas de estas tienen sus inicios en la infancia, como lo plantea (Hernández, Calvillo, & Mariel, 2017), en cuanto a las estadísticas asociadas a la infancia, la (Organización Mundial de la Salud, 2018) estima “unos 2400 millones de personas padecen de caries en dientes permanentes, y unos 486 millones de niños sufren de caries en los dientes de leche”, además, la población infantil está afectada por noma, definida por la (Organización Mundial de la Salud, 2018) como, “enfermedad necrotizante que afecta a niños de dos a seis años afectados por malnutrición, enfermedades infecciosas y pobreza extrema, cuyos sistemas inmune están deprimidos”, afección prevalente sobre todo en el África subsahariana, aunque se han notificado casos en América Latina y Asia.

Sobre las enfermedades dentales, de acuerdo a los indicado por (Mercado, Mamani, Mercado, & Tapia, 2018, pág. 95), según la OMS las malocclusiones “ocupan el tercer lugar de prevalencia dentro de los problemas de salud bucodental, luego de la caries dental y de la enfermedad periodontal”, para América Latina, indican los autores mencionados, según información de la Organización de la Organización Panamericana de la Salud “tiene un situación preocupante (...) con altos niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población, siendo uno de los motivos de consulta más frecuentes en las clínicas dentales”, a lo que concluye “conocer la prevalencia de las maloclusiones es esencial para el desarrollo de estrategias

preventivas”

La relación entre la calidad de vida y al salud bucal, de acuerdo a los resultados obtenidos por (Díaz, 2018, pág. 15), es directa, considerando que lo niños que reciben tratamiento dental restaurador mejoraron su calidad de vida significativamente, esto al ser medido por la escala Early Childhood Oral Health Impact Scale (ECOHIS por sus siglas en ingles), así como una relación directa entre las caries de infancia temprano y la calidad de vida, demostrando que a mayor severidad de las caries tempranas peor calidad de vida, de allí la importancia de la ortodoncia en cualquier forma, especialmente durante la infancia.

Aproximación a la ortodoncia

En cuanto a la ortodoncia, es reconocido por (Hernández, Calvillo, & Mariel, 2017, pág. 25), que se divide en preventiva, interceptiva y correctiva”, en cuanto a la preventiva los mismos autores indica, “pretende actuar antes de la aparición de desviaciones o irregularidades, cuando el diagnostico indica que éstas se van a producir y podrían alterar el desarrollo normal de los dientes y huesos”, sin embargo, (Carrasco-Sierra, Mendoza-Castro, & Andrade-Vera, 2018, pág. 334) indican como clasificación del tratamiento de ortodoncia en: Preventiva, Interceptiva, funcional de maxilares, correctiva y rehabilitación ortodóncica, a los efectos de la presente investigación se desarrollará la preventiva e interceptiva, la cuales tienen muchos elementos en común.

Problemas relacionados con la infancia

En la infancia se da uno de los procesos más importantes en la formación de la dentadura, “los primeros dientes, denominados ‘de leche’, suelen surgir hasta caso los seis meses de edad, en ocasiones en el recién nacido se observan algunos conocidos como dientes natales” (Hernández, Calvillo, & Mariel, 2017, pág. 25), el momento de erupción de estos dientes de leche es variable, con un rango considerado normal de

seis meses antes o después, para completarse la dentición primaria entre los 24 y 30 meses, sin embargo, los dientes permanentes comienzan a formarse en edades tempranas (Hernández, Calvillo, & Mariel, 2017, pág. 25), incluso, algunos “a las 32 semanas de la vida intrauterina” según (Hernández, Calvillo, & Mariel, 2017, pág. 26)

Sobre las lesiones en estos dientes de leche, (Hernández, Calvillo, & Mariel, 2017, pág. 26) menciona que cualquier lesión “(caries, por ejemplo) que afecte los dientes de leche y llegue a dañar el folículo del permanente alterará su tiempo de salir, como resultado habría una modificación en la secuencia de erupción y, por consiguiente, se podrían tener dientes ‘desalineados’”, otro problema que puede ocasionar problemas en la dentadura, que se originan durante la infancia, es el relacionado con dieta rica en carbohidratos, mala higiene y pocas o ninguna visita al dentista, “es muy probable que los dientes de leche tengan caries extensas, a tal grado que, algunas veces, el diente tiene que ser retirado de la boca por no poder salvarlo con ningún tratamiento”, lo cual acarrea varias consecuencias, “una disminución en la longitud del hueso (...) los dientes permanentes necesitan espacio para salir alineados; la falta de éste ocasionará que salgan ‘amontonados’, ‘chuecos’ o impactados, ya que se desvían del camino correcto de erupción y chocan con otros dentro del hueso”.

Sobre los hábitos de la infancia que pueden desarrollar problemas en la dentadura, (Hernández, Calvillo, & Mariel, 2017, pág. 26) indican, “chuparse el dedo, el labio o respirar con la boca abierta, que pueden alterar la posición de los dientes permanentes, por lo que se debe empezar a trabajar en equipo dentista-paciente desde edades tempranas para conocer la causa y eliminarlos”, sobre el “chuparse el dedo” autores como (Sandoval & Bizcar, 2013) indican, “algunas maloclusiones que surgen de hábitos como el de succión del pulgar pueden corregirse por sí solas al cesar la

costumbre”, por lo que los autores primeramente mencionados enfatizan, “al tener una cultura de prevención, podríamos evitar tratamientos correctivos extensos, como el uso de aparatos fijos (brackets) o expansores para aumentar la longitud del hueso que se perdió porque no nos anticipamos al problema”, concluyendo, “este tipo de ortodoncia en llamada preventiva”

En cuanto a los tratamientos dentales durante la infancia, (Carrasco-Sierra, Mendoza-Castro, & Andrade-Vera, 2018, pág. 334) menciona sobre el tratamiento temprano, “se recomienda para lograr la mayor cantidad de beneficios para el paciente infantil, incluyendo un mejor aprovechamiento del potencial de crecimiento, menor necesidad de extracción, tratamientos con aparatología fija más acotados con mejores resultados y más estables a largo plazo”, sin embargo, los autores también reconocen que no son “simple, los primeros tratamientos a menudo no logran remediar las anomalías del todo, pero simplifican en gran medida el tratamiento de ortodoncia posterior”, recomendando, “por lo cual los niños y sus padres deben estar en conocimiento que recibirán un tratamiento en dos etapas”

Con respecto a las maloclusiones, aun cuando son de origen multifactorial según (Mercado, Mamani, Mercado, & Tapia, 2018, pág. 25), entre ellos hereditarios, ambientales y combinación de estos, aunque no hay una sola causa, sino interacción de ellos durante el desarrollo del cráneo facial, las cuales “traerán como consecuencia anomalías de forma y función de los tejidos blandos, maxilares, dientes y articulación temporomandibular”, y sobre los factores de riesgo ambientales indican “los hábitos orales dependen de su frecuencia, duración e intensidad durante el crecimiento y desarrollo, lo que hace que se crean cambios específicos en la oclusión y en los tejidos”, lo que está directamente relacionado con lo mencionado anteriormente, (Hernández, Calvillo, & Mariel, 2017)), sobre los hábitos de la infancia haciendo necesario una ortodoncia

preventiva.

Ortodoncia preventiva

Sobre la prevención de las enfermedades bucodentales la (Organización Mundial de la Salud, 2018) indica “la carga de morbilidad por enfermedades bucodentales y otras enfermedades no bucodentales no transmisibles se puede reducir mediante intervenciones de salud pública dirigidas a los factores de riesgo más comunes”, entre los que se pueden asociar directamente a la infancia, se pueden mencionar el fomento de una dieta equilibrada, siendo una dieta “pobre en azúcares libres, para prevenir el desarrollo de caries dentales, la pérdida prematura de dientes y otras enfermedades no transmisibles relacionadas con la dieta”, así como “con una ingesta suficiente de frutas y verduras, que puedan desempeñar una función protectora en la prevención del cáncer bucal”, además del “mantenimiento de un nivel bajo y constante de flúor en la cavidad bucal”, esto a través de agua potable, sal, leche y dentrífico fluorado, específicamente cepillado dos veces al día (con concentración entre 1000 y 1500 ppm de flúor), lo que incide en niveles más bajos de caries dentales a “cualquier edad”.

(Sandoval & Bizcar, 2013, pág. 254), sobre la ortodoncia preventiva indica, “en Asia la ortodoncia preventiva se refiere a las medidas adoptadas para preservar la integridad de lo que parece ser normal en un momento específico, mediante procedimientos que traten de proteger de ataques ambientales adversos o cualquier otro proceso que cambie el curso normal de los eventos, por ejemplo: detección y corrección de hábitos orales, control de caries proximales, mantenedores de espacio”, mientras que para América del sur, “la ortodoncia preventiva es considerada como la rama de la odontología que previene e interrumpe la instalación de una maloclusión. Estudia las malas prácticas funcionales, la relación de contacto entre los dientes vecinos y con su antagonista”

Ortodoncia interceptiva

Sobre la definición de Ortodoncia Interceptiva, la American Association of Orthodontics, citada por (Sandoval & Bizcar, 2013, pág. 254), indica “se refiere a ortodoncia interceptiva como el tratamiento para prevenir o reducir la severidad de la maloclusión (mala mordida)”, mientras que la Sociedad Europea relacionado con la ortodoncia, relaciona la ortodoncia interceptiva “como una terapia que trata de evitar alteraciones mayores, por lo general, se inicia y concluye durante la dentición temporal o mixta”, sin embargo los autores acuerdan que la “ortodoncia interceptiva se emplea para reconocer y eliminar las potenciales irregularidades y mala posición en el complejo dentofacial en desarrollo. Estos procedimientos se emplean para disminuir o eliminar la gravedad de desarrollar maloclusión, por ejemplo, extracciones seriadas”, donde se resalta que, sin ser preventiva, la ortodoncia interceptiva busca prevenir la maloclusión, o como lo expresa (Carrasco-Sierra, Mendoza-Castro, & Andrade-Vera, 2018, pág. 335) “la orientación en sí de la ortodoncia interceptiva, es contribuir al desarrollo de una dentición permanente que sea armoniosa, funcional y estética”

Sobre la clasificación, (Sandoval & Bizcar, 2013, pág. 254) mencionan:

Estas maloclusiones se clasifican en: Maloclusión en clase I, con adecuada relación molar y dientes que presentan apiñamiento, diastemas, sobremordida, mordida abierta, mordida cruzada posterior o una mordida cruzada anterior. Maloclusión en clase II, con incisivos superiores vestibularizados o dientes inferiores mal ubicados y/o la mandíbula colocada en posición posterior con respecto a la maxila. Maloclusión clase III, con protrusión de dientes frontales inferiores o la mandíbula posicionada por delante con respecto a los dientes superiores.

Sobre la implementación de la ortodoncia interceptada, (Sandoval & Bizcar, 2013, pág. 264) indican que “el tratamiento interceptivo

requiere de un largo seguimiento y no elimina la necesidad de tratamiento correctivo”, aunque también afirma que no es concluyente, ya que afirma, “existe la necesidad de más estudios con un diseño apropiado para determinar científicamente el beneficio de cada una de las intervenciones de Ortodoncia interceptiva”, ahora las conclusiones aportadas por (Carrasco-Sierra, Mendoza-Castro, & Andrade-Vera, 2018, pág. 336) indican que “la mayoría de los pacientes llegan a una edad más avanzada o con una maloclusión ya establecida, a lo que los padres refieren que no sabían que podían haber empezado a una edad más temprana, por lo cual el tratamiento propiamente ortodóncico suele alargarse más tiempo de lo esperado”, resaltando la importancia y beneficio de un tratamiento de ortodoncia en la infancia.

Ahora, los procedimientos mencionado por (Carrasco-Sierra, Mendoza-Castro, & Andrade-Vera, 2018, pág. 336), que se realizan en la fase de ortodoncia interceptiva, indica: eliminación de dientes retenidos, eliminación de dientes supernumerarios, eliminación de caries y restauración apropiada de pieza dentaria, colocación de mantenedores de espacio en casos de pérdidas prematuras o ausencia de dientes, erradicación de hábitos nocivos (muchos en la infancia como hemos analizado), tratamiento temprano de mordida cruzada, detección y corrección de problemas respiratorios, eliminación de frenillos de inserción profunda, tratamiento de desarmonía en tamaño o forma de los dientes, corrección de trastornos musculares y masticatorios, detección y tratamiento de enfermedades sistémicas, desnutrición, entre otras, así como otros procedimientos, notándose que muchos de estos son aplicables durante la infancia, permitiendo aumentar el problema o evitarlos en edades adultas.

Posiciones encontradas

Como punto necesario, es importante indicar que ante las diferentes concepciones

sobre la definición de ortodoncia preventiva y ortodoncia interceptiva, donde existen varias corrientes contrapuestas, entendemos esto en el sentido planteado por (Sandoval & Bizcar, 2013, pág. 253) y (Carrasco-Sierra, Mendoza-Castro, & Andrade-Vera, 2018, pág. 334):

En la práctica de ortodoncia actual existen dos escuelas de intervención: ortodontistas a favor del tratamiento precoz, en dentición temporal o mixta, mientras que otros rechazan esta propuesta, oponiéndose radicalmente y esperan a que esté terminado el crecimiento para aplicar aparatología fija del tipo multibraquets. Los que apoyan la ortodoncia interceptiva consideran que ésta permite la corrección parcial o incluso total de una anomalía en un niño en crecimiento. Dicha terapia temprana es a menudo breve, utiliza medios sencillos y evita que la anomalía se agrave

Entendemos que de estos planteamientos surgen diferencias entre la definición de ortodoncia preventiva e interceptiva, donde existen profesionales de la ortodoncia que prácticas de la ortodoncia preventiva lo consideran como interceptiva, especialmente aquellas que requerirán una intervención posterior para la solución definitiva, sin embargo, a los efectos de la presente investigación, se tomarán indistintamente ambas definiciones, considerando el objetivo no es fijar posición teórica, esto tomando en consideración lo expresado por (Carrasco-Sierra, Mendoza-Castro, & Andrade-Vera, 2018, pág. 336) cuando plantea “Los procedimientos de ortodoncia interceptiva y preventivas, son enfoques de tratamiento relativamente simple que se dirigen a la prevención del desarrollo de mal oclusiones durante la dentición mixta”, y al hacer mención a la etapa de la infancia menciona, “en esta etapa aprovechando el crecimiento y desarrollo del niño, se puede resolver problemas como las mordidas cruzadas, faltas de espacio y problemas esqueléticos”

Sobre el tratamiento

Para el éxito de un tratamiento, y especialmente en la ortodoncia en niños, deben existir una serie de factores que respalden el inicio de este, sobre este particular Proffit, Field y Sarver, citados por (Matthews & Cartes-Velásquez, 2017, pág. 35), enumeran seis razones para realizar un tratamiento ortodóntico:

1. Eliminar o al menos aliviar los obstáculos sociales creados por un aspecto dental o facial desfavorable;
2. Mejorar el aspecto dental y facial de los individuos que ya son aceptados socialmente, pero que desean mejorar su calidad de vida;
3. Mantener un proceso de desarrollo lo más normal posible;
4. Mejorar la función maxilar y corregir los problemas derivados de las alteraciones funcionales;
5. Reducir el impacto de los traumatismos o las enfermedades sobre la dentición; y
6. Facilitar otros tratamientos dentales, como un adjunto a terapias restauradoras, prostodónticas o periodontales.

Habiendo considerando las razones, ahora es necesario indagar sobre la importancia de la selección del tratamiento en la ortodoncia interceptiva para conocer los beneficios, (Matthews & Cartes-Velásquez, 2017, pág. 36) indica:

Las decisiones deben tomarse en base a la evidencia científica, es decir, la modalidad terapéutica debe escogerse en base a pruebas innegables de que el método escogido es la opción más indicada para un determinado paciente. Para cumplir con ello, la selección del tratamiento debe incluir un proceso de razonamiento clínico, que ha sido descrito como un pilar fundamental en la educación de los profesionales de la salud y que constituye un aspecto importante de las competencias médicas y odontológicas (22). Sin embargo, los factores que influyen este proceso exceden las consideraciones clínicas o científicas

Factores asociados a la selección del tratamiento

Sobre el particular antes mencionado, (Matthews & Cartes-Velásquez, 2017, págs. 37-38) indica, que existen:

Factores inherentes al profesional: los relacionados con la carga inconsciente de cada individuo, desde una perspectiva profesional, influyendo:

- La formación recibida, relacionado con experiencia educativa y profesional y la percepción de la necesidad del tratamiento ortodóntico, incluso los estudios realizados en diversas especialidades dentales pueden incidir en la selección de la técnica y el tratamiento, así como en casos de capacitación permanente del odontólogo.
- Características individuales, estando esto relacionado con la consulta o discusión con otros profesionales, donde además se resuelven cuestiones éticas sobre la selección y aplicación de tratamientos, incluido aquí también lo relacionado con las creencias y los valores, traducido en otorgar determinada participación del paciente en la selección, así como las características psicológicas (perfeccionismo, rigurosidad, preocupación, entre otras)
- La edad, en este caso del profesional, es un factor que influye en la toma de decisiones, donde los mayores eligen opciones terapéuticas maduras (con décadas probadas) y los más jóvenes las técnicas las técnicas novedosas o en desarrollo.
- Sexo, ya que las mujeres han demostrado mayor consideración en los aspectos económicos y en escuchar la opinión del paciente en comparación con los profesionales del sexo masculino.

Factores ligados al paciente, ubicados aquí los relacionados con las características propias del paciente, la naturaleza del proble-

ma, factores etiopatogénicos entre otros, continúa mencionando (Matthews & Cartes-Velásquez, 2017, pág. 39):

- Condiciones clínicas, donde se considera la severidad, lo que incide en la complejidad y duración del tratamiento, tomando en cuenta parámetros clínicos (patrón facial, relación sagital de los caninos, la relación molar, entre otros)
- Factores psicológicos, los cuales determinan los resultados, así como de rasgos de la personalidad, asociados con la cooperación, el cumplimiento y la motivación.
- Capacidad para tomar decisiones, asociado a una serie de aptitudes tendentes a conocer, valorar y gestionar la información para tomar una decisión, elemento que en el caso de infantes se traslada a los padres.
- Factores sociológicos: en estos factores (Matthews & Cartes-Velásquez, 2017, pág. 41) menciona cuatro factores que influyen en el juicio clínico, como lo son: las características del paciente, las características del clínico, la interacción del odontólogo con el sistema de salud y el paciente, donde, las relacionadas con el paciente y el clínico fueron descritas anteriormente, solo falta mencionar:
- Interacción del odontólogo con el sistema de salud, relacionado directamente con la condición socioeconómica, considerando el sistema de salud está conformada por la atención pública y privado, donde existe una “amplia variación en los procesos y resultados obtenidos entre ambos sistemas”, quedando en la atención pública la prestación de cuidados básicos, y consiguientemente menos alternativas de tratamientos, independientemente del grado de severidad y avance de la patología, esto con respecto a la atención privada.

Relación odontólogo-paciente: tal como ex-

presa (Matthews & Cartes-Velásquez, 2017, pág. 42), en cuanto a la importancia de una relación favorable entre el odontólogo y el paciente permite “realizar una toma de decisiones compartida en la que el profesional ayuda a que el paciente decida y a su vez, está dispuesto a recibir ayuda del paciente, considerando su opinión ante las posibles opciones de intervención diagnóstica o terapéutica”, lo que en el caso de los infantes tiene una características especiales.

Durante esta relación odontólogo-paciente, para el caso de los niños, toma especial relevancia el principio ético de autonomía, como el derecho de hacer uso “de sus facultades mentales para decidir lo que ha de hacerse con su persona en lo referente a la atención de su salud” (Matthews & Cartes-Velásquez, 2017, pág. 42), para el caso de menores de edad, esta autonomía pasa por los tutores legales, padres y representantes.

Cumplimiento y finalización del tratamiento

Sobre este particular (Viucdch, y otros, 2020, pág. 27) expresa, “la insatisfacción con su apariencia física se debe a la ausencia de estética dental, lo que motiva que los jóvenes perciban el tratamiento ortodóntico como una manera más inmediata para mejorar su apariencia”, por lo que, como enfatizan los autores, “bajo esta premisa, si el paciente no se siente satisfecho en el cambio de la apariencia estética, podría tomar la decisión de interrumpir su tratamiento e incluso, abandonarlo”, por lo que es sumamente importante la orientación profesional que permita concluir los tratamientos iniciados en cualquier población, pero especialmente en la infante y adolescentes, por lo efectos que tiene para su vida adulta, tanto en lo estético, como en lo morfológico y anatómico.

Sobre la importancia de culminar el tratamiento de ortodoncia, (Viucdch, y otros, 2020, pág. 28) hace referencia sobre las consecuencias de no realizar el seguimiento

adecuado, “pueden desviar las posiciones de los dientes en sentido contrario al que se desea obtener o provocar mesogresión de los sectores posteriores en otros casos”, esto como “consecuencias del ausentismo son la aparición de lesiones blancas y desmineralización producto de la ortodoncia, las cuales pueden agravarse si no son vigiladas de cerca por el ortodoncista”.

Evolución dentaria

Para indagar en los beneficios de la ortodoncia en la infancia, es necesario ahora analizar las diferentes etapas del desarrollo y consolidación de los dientes, con énfasis en la implementación de tratamientos de ortodoncia en esas etapas.

Crecimiento y desarrollo craneofacial humano

Distinguiendo los tipos de movimientos básicos durante el crecimiento facial, (Gill & Naini, 2013, pág. 6), desplazamiento y remodelación, donde cada uno involucra desarrollo de tejidos duros y blandos, donde, “las tres partes principales del crecimiento craneofacial (cerebro y base de cráneo, vía aérea, y región oral) tienen su propio calendario de desarrollo individual, pero a pesar de esto están relacionadas en un todo inseparable” (Gill & Naini, 2013, pág. 14), esto va modificando las proporciones corporales, “los lactantes y los niños pequeños se caracterizan por tener una cara de apariencia ancha, porque la base de cráneo es muy amplia; pero por otra parte, de manera vertical su cara es corta” (Gill & Naini, 2013, pág. 14), en lo que corresponde al movimiento dental durante esta etapa, existen dos principios de desarrollo, primero, “al hacerlo de manera activa en combinación con su propia remodelación del tejido conectivo periodontal y del alveolo”, y segundo, “al ser llevado de manera pasiva cuando la mandíbula o el maxilar son desplazados en forma anteroinferior durante la morfogénesis facial” (Gill & Naini, 2013, pág. 15)

Sobre los tratamientos en esta primera eta-

pa (crecimiento y desarrollo craneofacial humano), (Gill & Naini, 2013, pág. 16) indican, “ninguna parte anatómica clave puede estar por completo separada ni alterarse sin afectar el equilibrio con otras partes, (...) el tratamiento de ortodoncia busca maximizar los efectos de las compensaciones anatómicas para lograr una armonía estética del aparato masticatorio”, esto considerando, “el crecimiento facial como un proceso que requiere una íntima interrelación morfogénica sobre todos sus componentes de crecimiento, cambio y función de distintos tejidos tanto duros como blandos. Ninguna parte se desarrolla de manera independiente ni por sí misma”

Desarrollo oclusal

Sobre esta etapa, (Gill & Naini, 2013, pág. 17) menciona, “el desarrollo completo de la dentición primaria se establece en promedio a los 2.5 años de edad”, etapa donde es normal los espacios primarios o antropoides, los cuales son normales y deseables, sin ser signos de problemas en los dientes, incluso su ausencia es un signo de problemas, como lo indica (Gill & Naini, 2013, págs. 17-20) “la ausencia de espacios en la dentición primaria ha sido asociada con 70% de probabilidades de desarrollar apiñamiento dental una vez que se encuentra establecida la dentición permanente”, durante esta etapa la relación incisiva en la dentición primaria también es importante en la detección de problemas, “puede indicar si la dentición permanente desarrollará una sobremordida horizontal u horizontal inversa importantes” según (Gill & Naini, 2013, pág. 20)

Dentición mixta (de los 6 a los 12 años): como lo expresa (Gill & Naini, 2013, pág. 20), “conocer los cambios típicos que pueden ocurrir durante esta fase de transición en el desarrollo dental, puede permitir al profesional tranquilizar a los pacientes y a sus padres sobre la manera espontánea en que mejorará su apariencia con el crecimiento”, indicando, “la cual en ese momen-

to, en potencia, es antiestética, y también lo habilita para remitir al paciente, en caso de ser necesario, para su tratamiento interceptivo de forma adecuada”, entre otros de los factores importantes a monitorear durante esta etapa, se encuentra, las relaciones interarcadas (sobremordida horizontal/sobremordida vertical/segmentos bucales), especialmente, como lo menciona (Gill & Naini, 2013, pág. 21), durante el proceso de cambio de dentición en esta etapa, “es común encontrar una mordida abierta transitoria (17 a 18%). Esto puede deberse a la erupción incompleta de los incisivos; el desarrollo normal puede causar una mordida abierta para solucionarlo mientras termina el proceso de erupción”, siendo otro elemento para la selección terapéutica importante.

Durante esta etapa, mencionan (Gill & Naini, 2013, pág. 22), también debe ser objeto de revisión preventiva la oclusión funcional, “en la dentición mixta puede ser interrumpida por el curso de los procesos de exfoliación y erupción dental, los cuales pueden causar alteraciones en la posición intercuspídea y provocar la presencia de desplazamientos transitorios”

Dentición permanente (de los 12 a los 25 años): sobre esta etapa menciona (Gill & Naini, 2013, pág. 23), “conocer los cambios típicos que pueden ocurrir durante esta fase de transición en el desarrollo dental, puede permitir al profesional tranquilizar a los pacientes y a sus padres sobre la manera espontánea en que mejorará su apariencia con el crecimiento”, enfatizando, “ese momento, en potencia, es antiestética, y también lo habilita para remitir al paciente, en caso de ser necesario, para su tratamiento interceptivo de forma adecuada”, y aunque no está relacionado con la infancia directamente, es importante para hacer siguiendo a la evolución dentaria y a la selección de tratamiento ortodóntico idóneo.

En este punto, (Gill & Naini, 2013, pág. 25) concluye, “es importante que todo ortodon-

cista entienda las diferentes etapas del desarrollo de la oclusión. Esto es de particular relevancia durante la etapa de transición de la dentición mixta, si existe el potencial de realizar un tratamiento interceptivo efectivo”.

Resultados y conclusiones

Habiéndose organizado y analizado la información disponible se evidencia que los beneficios de la ortodoncia durante la infancia presente grandes beneficios con respecto a otras etapas del desarrollo humano, todo esto considerando:

- a) La salud bucodental es fundamental para la calidad de vida de las personas, y esta está determinada por múltiples factores, unos propios de la persona (genéticos, morfológicos, anatómicos), otros con su entorno y desarrollo (alimentación, hábitos, higiene), estéticos (autoimagen), y psicosociales (aceptación social, patrones de belleza)
- b) La ortodoncia en la infancia presenta grandes beneficios, aunque por no siempre de lo inmediato, para la infancia, en especial en el desarrollo de las personas adultas, ya que facilita o disminuye los tiempos, costos y esfuerzos en problemas dentarios en etapas adultas.
- c) Conocer la evolución del desarrollo óseo y dental de ser humano es fundamental para la selección de la técnica de ortodoncia más adecuada y beneficios, donde además inciden factores relacionados con el odontólogo, el paciente y la relación paciente-odontólogo.

Por lo anteriormente considerado se pueden proponer las siguientes conclusiones:

1. La práctica de la ortodoncia durante la infancia es beneficiosa por las ventajas a largo plazo que representa, la cual debe incentivar su práctica, especial en el sistema público de salud, para permitir mayor acceso a la salud bucodental.

2. La preparación de odontólogo en la ortodoncia infantil es fundamental, además de por razones técnicas ligadas a la evolución de la estructura ósea y dentaria, en lo relacionado con los demás factores que influyen en el éxito de la ortodoncia.

3. La prevención y el seguimiento a la evolución dental del infante es fundamenta en la prevención o disminución de problemas dentales, disminuyendo su severidad y disminuyendo los costos de procedimiento durante la etapa adulta.

Bibliografía

- Arias, F. (2006). El proyecto de investigación, introducción a la metodología científica (Quinta edición ed.). Caracas: Episteme.
- Baena, G. (2000). Manual para elaborar trabajos de investigación documental (16a. Reimpresión ed.). México, México: Editores Mexicanos Unidos, S.A.
- Carrasco-Sierra, M., Mendoza-Castro, A., & Andrade-Vera, F. (enero de 2018). Implementación de la ortodoncia interceptiva. *Revista Científica Dominio de las Ciencias*, 4(1), 332-240. doi:10.23857/dc.v4i1.745
- Díaz, M. (2018). (Tesis Doctoral) Calidad de vida relacionado a la salud bucal de niños preescolares con caries de infancia temprana pre y postratamiento. Lima, Peru: Universidad Peruana Cayetano Heredia. Recuperado el 10 de 02 de 2020, de http://repositorio.ipch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3825//Calidad_DiazPizan_Mar%c3%ada.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Gill, D., & Naini, F. (2013). *Ortodoncia principios y prácticas*. (G. Rivera Castellón, Trad.) México, México: Editorial El Manual Moderno, de C.V.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, P. (1997). *Metodología de la investigación*. México, México: McGraw-Hill Interamericana de México, de C.V.
- Hernández, C., Calvillo, D., & Mariel, J. (mayo de 2017). Importancia de la ortodoncia preventiva infantil. *Universitarios Potosinos*, 211, 24-27.
- Matthews, F., & Cartes-Velásquez, R. (2017). Factores que influyen las decisiones terapéuticas en ortodoncia: revisión de la literatura. *Odontoesmatología (online)*, 19(29), 33-45. doi:dx.doi.org/10.22592/ode2017n29p33
- Mercado, S., Mamani, L., Mercado, J., & Tapia, R. (abr-jun de 2018). Maloclusiones y calidad de vida en adolescentes. *KIRU*, 15(2), 94-98. doi:doi.org/10.24265/kiru.2018.v15n2.06
- Niño Rojas, V. (2011). *Metodología de la investigación*. Bogotá, Colombia: Ediciones de la U.
- Organización Mundial de la Salud. (24 de septiembre de 2018). Organización Mundial de la Salud. Obtenido de <https://www.who.int/newa-room/factsheets/detail/oral-health>
- Sandoval, P., & Bizcar, B. (2013). Beneficios de la implementación de ortodoncia interceptiva en la clínica infantil. *Int. J. Odontostomat*, 7(2), 253-256.
- Viucdch, G., Rondon, J., Vielma, E., Lindarte, N., Loiza, Á., & Romero, Y. (2020). Percepción sobre el uso de ortodoncia correctiva en jóvenes desiertos del tratamiento en Mérida, Venezuela. *Revista Venezolana de Investigaciones Odontológicas de la IADR*, 81, 26-46.

CITAR ESTE ARTICULO:

Gacitúa Cartes, P., Zárate Piffardi, M., Rojas Donaire, J., & Revenco Padilla, C. (2020). Principales beneficios de un tratamiento de ortodoncia en niños. *RECIAMUC*, 4(1), 333-345. doi:10.26820/reciamuc/4.(1).enero.2020.333-345



RECONOCIMIENTO-NOCOMERCIAL-COMPARTIRIGUAL
CC BY-NC-SA

ESTA LICENCIA PERMITE A OTROS ENTREMESCLAR, AJUSTAR Y CONSTRUIR A PARTIR DE SU OBRA CON FINES NO COMERCIALES, SIEMPRE Y CUANDO LE RECONOZCAN LA AUTORÍA Y SUS NUEVAS CREACIONES ESTÉN BAJO UNA LICENCIA CON LOS MISMOS TÉRMINOS.