

# La importancia de la Higiene Oral durante el Tratamiento de Ortodoncia

Autor:

Dr. Mohamad Azhar Ibrahim Kharsa, DDS, PhD Orth

Consultant Orthodontist

King Fahad Hospital.

MADINA. Saudi Arabia.

Scientist Fellow of American Society for Laser Medicine and Surgery

WFO Fellow

AOS Fellow

Member of Saudi Orthodontic Society and Saudi Ortho Club

Email: [dr.orth@gmail.com](mailto:dr.orth@gmail.com)

Teléfono: (+966) 557688385

Traducido por: Dr. Luis Rafael Serret

## Resumen:

En este artículo el autor nos relata la importancia sobre la higiene oral durante el tratamiento de ortodoncia y las consecuencias que trae la negligencia o la mala cooperación cuando el paciente ignora las recomendaciones de prevención. De igual forma, en este artículo se toca los efectos adversos como son la caries dental, las recesiones gingivales, la periodontitis que se producen durante la ortodoncia en aquellos pacientes malos cooperadores. Finalmente se presentan algunos ejemplos y recomendaciones así como también algunas soluciones frente a estos problemas.

Palabras claves:

Higiene Oral, caries dental, recesión gingival y pacientes no cooperadores.

## Discusión:

La ortodoncia es el arte y la ciencia la cual requiere la completa cooperación entre el ortodontista, el higienista, el paciente y otras especialidades relacionadas a la corrección esquelética y facial de las personas...

Encontramos que uno de los dilemas que más acompaña al tratamiento de ortodoncia es la mala cooperación del paciente frente a la higiene oral durante el tratamiento activo de ortodoncia, lo cual es un arma de doble filo puesto que

compromete no solo los resultados planeados sino también la salud integral del mismo.

Las secuelas de una mala higiene son:

- 1- Caries dental.
- 2- Periodontitis y recesión gingival.
- 3- Pigmentaciones y manchas.
- 4- Compromiso estético.

### **La caries dental y el tratamiento de ortodoncia:**

La caries dental es uno de los factores que más impera y complica la terapia planeada, especialmente cuando este ocurre como consecuencia de una higiene oral comprometida. (Figura 1).



Figura (1). Evidencia de caries dental en un paciente no cooperador, quien ha fallado por más de seis meses y se presenta con caries muy profunda

especialmente en el sector superior como consecuencia de una muy mala higiene oral.

En este caso, brackets y bandas se convierten reservorios de placa bacteriana lo cual provoca caries dental frente a una mala higiene; situación que compromete el tratamiento de ortodoncia por lo cual debemos detener la parte de la ortodoncia activa e iniciar la rehabilitación y la restauración del paciente, para posteriormente reiniciar el tratamiento de ortodoncia. (Figura 2).



Figura 2, el tratamiento de ortodoncia se ha suspendido, y el paciente se refiere para la rehabilitación y la observación periódica.

#### **Periodontitis y recesión gingival:**

La periodontitis y la recesión gingival complican el tratamiento de ortodoncia especialmente cuando esta se relaciona con la higiene; la cual está directamente relacionada al compromiso de la terapia en sí. (Figura 3).



Figura 3. Se observa recesión gingival en: 31, 41 (US #24 y #25). Este paciente está bajo tratamiento periodontal, para la reparación de la encía y así poder continuar con el tratamiento ortodóncico. En este caso los brackets y los arcos se mantienen de forma pasiva para que funcionen como férulas en lo que el periodoncista continúa y finaliza su tratamiento y logre estabilizar los tejidos.



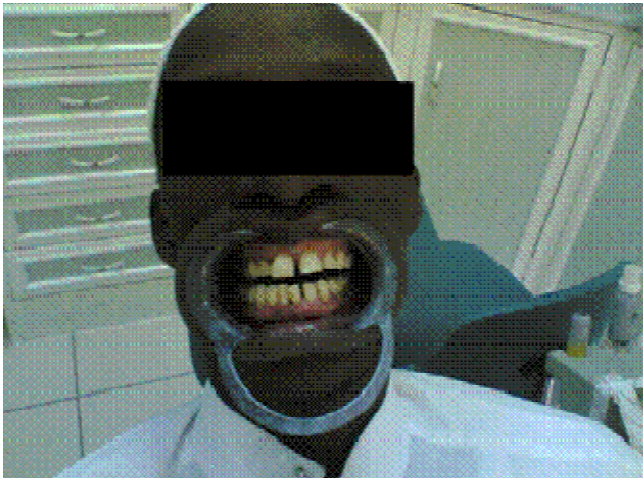


Figura 4. Un caso con compromiso periodontal, hábito lingual, recesión gingival, y movilidad dentaria grado 2 en: (32, 31, #23 y #24).

Antes que todo se recomienda el tratamiento periodontal antes de iniciar el tratamiento ortodóncico, muchas veces el ortodóncista puede ayudar al periodoncista ferulizando las piezas en lo que la terapia de periodontal finaliza (Figura 5).





Figura 5. Retenedor lingual para ayudar a lograr la estabilidad conjuntamente con el tratamiento periodontal, lo cual precede al tratamiento activo de ortodoncia.

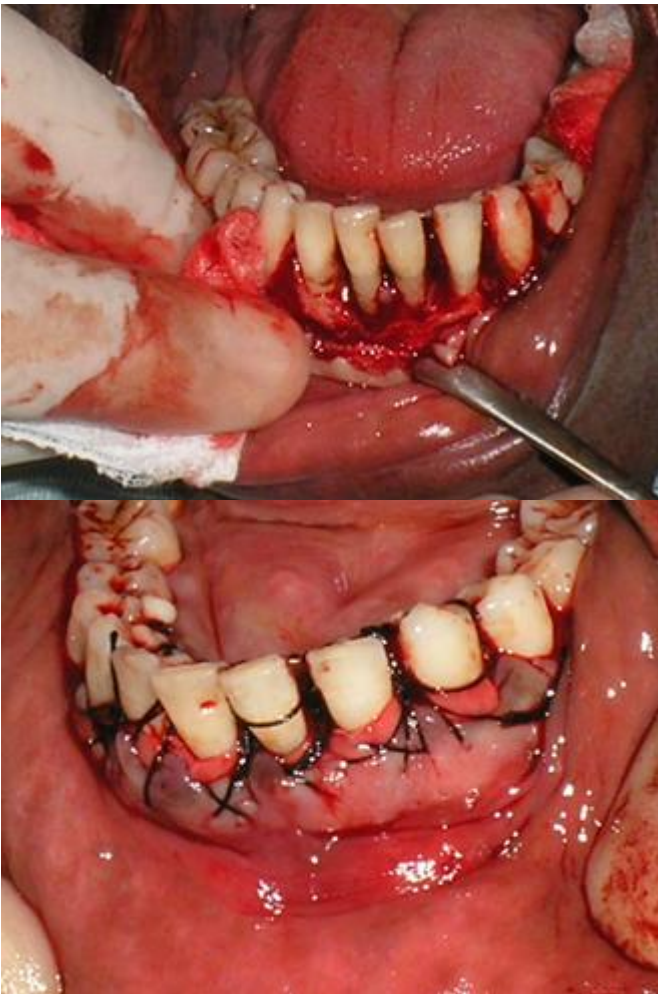


Figura 6. Tratamiento activo periodontal.

Independientemente de la importancia del tratamiento ortodónico, es crucial que tanto el ortodoncista como el periodoncista trabajen en equipo para así lograr la estabilidad del tratamiento. (Figura 6).

### **Manchas y pigmentación.**

Uno de los compromisos de la higiene oral deficiente es la formación de manchas y pigmentos en el esmalte (figura 7). La acumulación de placa dentobacteriana y calculo son las que la producen.



Figura 7. Manchas amarillas por una pobre higiene oral.



Figura 8. Manchas en el maxilar superior y gingivitis en la mandíbula como causa de una higiene comprometida.

### **Compromiso de la apariencia estética.**

El compromiso de la higiene oral impacta directamente la apariencia estética del paciente, debido a la parte psicológica lo cual se convierte en un círculo vicioso pues muchas veces se verifica desmotivación en todos los aspectos, acompañado también de depresión y negligencia (Figura 9).



Figura 9. Apariencia estética comprometida como resultado de la falta de cooperación del paciente frente a su higiene, se le recomienda al paciente instrucciones de higiene y cuidado con los alimentos.

#### **Conclusión:**

**La higiene oral es el factor más importante para lograr resultados óptimos del tratamiento ortodóncico, cualquier negligencia que se tenga con la higiene oral provocara impactos negativos que comprometerán los resultados del tratamiento, estando afectado la parte estética del paciente y por supuesto la salud bucal del mismo.**

#### **Referencias:**

- 1- Zachrisson BU, Alnaes L: Periodontal bone support and tooth length in Orthodontically treated and untreated individuals. I Loss of attachment gingival pocket depth and clinical crown height, Angle Orthod 43: 402-411, 1973.
- 2- Hamp S, Lundstrom F, Nyman S: Periodontal conditions in adolescents subjected to Multiband orthodontic treatment with controlled oral hygiene, Eur J Orthod 2: 77- 86, 1982.
- 3- Andrews, L. F. (1979) The straight-wire appliance, British Journal of Orthodontics, 6, 125-143.
- 4-Atack, N. E., Clark, J. R., Keith, O., Stephens, C. D. and Sandy, J. (1999) Orthodontic auxiliaries: the way forward? Dental Update, 26, 203-208.
- 5-Eliasson L et al : The effects of orthodontic treatment on periodontal tissues in patients with reduced periodontal support, Eur J Orthod 4: 1-9, 1982.

- 6-Baxter DH: The effect of orthodontic treatment of alveolar bone adjacent to cement-enamel junction, *Angle Orthod* 37: 35-47, 1976.
- 7- Griffen AL. Chapter 24: Periodontal problems in children and adolescents. In: Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields Jr. HJ, McTigue DJ, Nowak AJ, eds. *Pediatric Dentistry: Infancy through adolescence*. 4th ed. St. Louis, Mo. Elsevier Saunders; 2005. page 417.
- 8- Leonard M. The maxillary frenum and surgical treatment. *Gen Dent*. 1998;46:614-617.
- 9- McDonald RE, Avery DR, Weddell JA. Chapter 20: Gingivitis and periodontal disease. In: McDonald RE, Avery DR, Dean JA, eds. *Dentistry for the Child and Adolescent*. 8th ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2004. p. 440-41.
- 10- Messner A, Lalakea M. Ankyloglossia: Controversies in management. *Pediatr Otorhinolaryngol*. 2000;54(2-3):123-131.
- 11- Lalakea M, Messner A. Ankyloglossia: Does it matter? *Pediatr Clin North Am*. 2003;50(2):381-397.
- 12- Whight J. Tongue-Tie. *J Pediatr Child Health*. 1995;31(4):276-278.
- 13- Messner A, Lalakea M, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: Incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;126(1):36-39.
- 14-Griffen AL. Chapter 24: Periodontal problems in children and adolescents. In: Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields Jr. HJ, McTigue DJ, Nowak AJ, eds. *Pediatric Dentistry: Infancy through adolescence*. 4th ed. St. Louis, Mo. Elsevier Saunders; 2005. page 417.
- 15- Griffen AL. Chapter 24: Periodontal problems in children and adolescents. In: Pinkham JR, Casamassimo PS, Fields Jr. HJ, McTigue DJ, Nowak AJ, eds. *Pediatric Dentistry: Infancy through adolescence*. 4th ed. St. Louis, Mo. Elsevier Saunders; 2005. page 417.
- 16-Leonard M. The maxillary frenum and surgical treatment. *Gen Dent*. 1998;46:614-617.
- 17-McDonald RE, Avery DR, Weddell JA. Chapter 20: Gingivitis and periodontal disease. In: McDonald RE, Avery DR, Dean JA, eds. *Dentistry for the Child and Adolescent*. 8th ed. St. Louis, Mo: Mosby; 2004. p. 440-41.
- 18- Messner A, Lalakea M. Ankyloglossia: Controversies in management. *Pediatr Otorhinolaryngol*. 2000;54(2-3):123-131.
- 19- Talass MF, Talass L, Baker RC. Soft-tissue profile changes resulting from retraction of maxillary incisors. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1987; 91:5385-394.
- 20- Whight J. Tongue-Tie. *J Pediatr Child Health*. 1995;31(4):276-278.

- 21- Ballard J, Auer C, Khoury J. Ankyloglossia: Assessment, incidence, and effect of frenuloplasty on the breastfeeding dyad. *Pediatrics*. 2002;110(5):e63.
- 22- Messner A, Lalakea M, Aby J, Macmahon J, Bair E. Ankyloglossia: Incidence and associated feeding difficulties. *Arch Otolaryngol Head Neck Surg*. 2000;126(1):36-39.
- 23- Garcia Pola M, Gonzalez Garcia M, Garcia Martin J, Gallas M, Leston J. A study of pathology associated with short lingual frenum. *J Dent Child*. 2002;69(1):59-62.
- 24- Messner A, Lalakea M. The effect of ankyloglossia on speech in children. *Otolaryngol Head Neck Surg*. 2002;127:539-545.
- 25- Drobocky OB, Smith RJ. Changes in the facial profile during orthodontic treatment with extraction of four first premolars. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 1989; 95:220-230.
- 26- Lo FD, Hunter WS. Changes in nasolabial angle related to maxillary incisor retraction. *Am J Orthod*. 1982; 82:384-391.
- 27- Roos N. Soft tissue changes in Class II treatment. *Am J Orthod*. 1977; 72:165-175.
- 28- Talass MF, Talass F, Baker R. Soft tissue profile changes resulting from retraction of maxillary incisors. *Am J Orthod*. 1987; 91:385-394.
- 29- Finnoy JP, Wisth PJ, Boe OE. Changes in soft tissue profile during and after orthodontic treatment. *Eur J Orthod*. 1987; 9:68-78..3
- 30- Battagel JM. The relationship between hard and soft tissue changes following treatment of Class II division I malocclusions using edgewise and Frankel appliance techniques. *Eur J Orthod*. 1990; 12:154-165.
- 31- Neger M. A quantitative method for the evaluation of the soft tissue facial profile. *Am J Orthod*. 1959; 45:738-751.
- 32- Moorrees CFA. Natural head posture. In: Jacobsen A, Caufield PW, eds. *Radiographic Cephalometry*. Philadelphia, PA: Lea and Febiger; 1985:84-89.
- 33- Bjork A. The use of metallic implants in the study of facial growth in children: method and application. *Am J Phys Anthropol*. 1968; 29:243-254.
- 34- Burstone CJ, James RB, Legan HL, Murphy GA, Norton LA. Cephalometrics for orthognathic surgery. *J Oral Surg*. 1978; 36:4269-277.
- 35- Legan HL, Burstone CJ. Soft tissue cephalometric analysis for orthognathic surgery. *J Oral Surg*. 1980; 38:745-751.