

El manejo de las urgencias en ortodoncia



Antonio Lucea

Práctica privada
odontología-
ortodoncia
Barcelona

Correspondencia:
Antonio Lucea
Plaza Virgen del Pilar 3,
bajos
L'Hospitalet de Llobregat
08906 Barcelona

Resumen

Las urgencias en la práctica diaria de la ortodoncia, constituyen un factor desestabilizador en el cumplimiento de la programación de visitas. Cada vez es más habitual la práctica de un profesional en diversas clínicas, y la limitación en los horarios de consulta dificulta su atención inmediata.

Parece pues prioritario el establecimiento de un protocolo, para la atención de las urgencias en el mínimo tiempo posible.

La asistente de ortodoncia, con una buena formación, protocolo de actuaciones y bajo la estricta supervisión del ortodontista, sería la persona indicada para las actuaciones que no permitan una demora, hasta la siguiente cita con el profesional.

Palabras clave: Urgencias en ortodoncia. Desajustes en aparatología removible. Descementados. Lesiones mucosas.

Summary

Emergencies in the orthodontic office are an unstabilization factor which does not allow us to follow the regular program of visits. It is more common every day to see professionals in different offices, and the limitation of time makes it difficult to provide immediate attention. It is thus paramount to establish a protocol to take care of emergencies as quickly as possible. The orthodontic staff with a good back-

ground, actuation protocol and under the supervision of the orthodontist will be who is indicated to take care of emergencies which cannot wait until the next appointment with the clinician.

Key words: Orthodontic emergencies. Lock of adjustment of removable appliances. De-cementation. Mucous lesions.

Introducción

El número de urgencias de una consulta de ortodoncia, es inversamente proporcional a la calidad de los materiales utilizados, la exquisitez en el manejo de los mismos y la motivación del paciente.

El uso de buenos materiales, su utilización siguiendo las normas del fabricante (dosis, tiempos de fraguado etc.), y una buena planificación de los tiempos de atención clínica, van a representar una disminución en el número de urgencias, en el tiempo total de los tratamientos y un aumento en la calidad de los mismos.

La minimización de estas visitas, para el paciente se traduce en un aumento de confianza sobre la calidad

de nuestro tratamiento, y consecuentemente se mostrará más predispuesto a brindarnos su colaboración.

El uso de brackets de baja calidad, nos acaba los tratamientos con inexactitudes por deficiente información, o por el gran juego del alambre "full size" en el slot de los mismos (gran tolerancia de fabricación); obligándonos a recementados (riesgo de descalcificaciones) con dobleces y/o asas finales (disconfort). Los reciclados de un bracket tras varios descementados tendría similares consecuencias.

Los cementos de baja calidad aumentarán el número de descementados de brackets y por lo tanto se disparará la relación tiempo/tratamiento.

La utilización de buenos yesos y alginatos, junto a una depurada técnica en la toma de impresiones nos garantizará la confección de una aparatología removible ajustada al paciente. El diseño sencillo y compacto de un aparato (como el "Twin-block" en los tratamientos funcionales) frente a otros más complicados, nos reducirá el número de fracturas de los alambres y la resina.

Así pues, y siguiendo el conocido dogma de "lo que bien empieza bien acaba", para la minimización de las urgencias vamos a empezar por utilizar los mejores materiales posibles y dedicar el tiempo suficiente en las visitas de cementados y montaje de la aparatología.

La reducción del tiempo "extra" de tratamiento al reducir el número de urgencias y cantidad de materiales (ya que utilizaremos el necesario, pero "el mejor"), va a disminuir los costes finales del mismo, aunque al principio representó un ligero incremento.

Podemos reducir el porcentaje de visitas no programadas, pero no eliminarlas. Por muy depurada técnica que utilizemos, excelentes materiales, y colaboración del paciente; siempre tendremos que disponer de personal suficientemente preparado para solucionarlas.

Tipos de urgencias

La urgencia representa una situación de stress para el paciente y el profesional; va a requerir una actuación rápida por parte del ortodontista o su equipo, para la solución del problema.

La primera causa va a ser "el dolor" por lesiones mucosas; la erosión o úlcera producida por un arco, ligadura metálica, asa etc. puede llevar al paciente a literalmente "arrancarse" su aparatología si no encuentra una solución rápida a su problema.

Una excesiva demora en la atención de estas citas de urgencia, podría en ocasiones desencadenar movimientos iatrogénicos en los dientes por un arco deformado, la aspiración de elementos del aparato etc.

Cuando se presenta una situación de urgencia, el paciente se pone inmediatamente en contacto con nosotros telefónicamente. El personal de recepción busca su historia clínica para determinar el tipo de aparatología y la fecha de su próxima cita, clasifica el tipo de urgencia y se programa según su prioridad.

Vamos a clasificar el tratamiento de las urgencias en visitas mediatas o inmediatas.

Un desajuste en un aparato removible, el bloqueo en un tornillo de expansión, el descementado de un bracket o una banda, la pérdida de una ligadura, la pérdida de un separador dental etc. Son situaciones que pueden programarse para una cita concertada (lo más rápido posible) pero no requieren una actuación inmediata.

Otras situaciones como las lesiones producidas por el arco o las asas, descementado de un disyuntor o aparato de anclaje, deformación del arco, elementos auxiliares sueltos (riesgo de aspiración) etc. Si van a condicionar una actuación inmediata; tanto por el riesgo de efectos secundarios, como por su elevado potencial generador de angustia en el paciente.

Manejo de las urgencias

La urgencia en ortodoncia es una situación inesperada, pero que a diferencia de otras especialidades médicas, el propio paciente en la mayoría de ocasiones, puede ser capaz de solucionar o eliminar un estado de disconfort hasta la solución de la causa desencadenante.

En la visita de cementado de brackets, entregamos al paciente un "Kit" de urgencias (Figura 1). Consta de un libro de instrucciones (Figura 2), espejo intraoral, seda, cera dental, instrumento conductor de elásticos y caja de ortodoncia para removibles o retenedores (Figura 3).

Existen "Kits" más sofisticados, presentados en estuches de polipiel (Figura 4), que pueden incluir alicates de corte distal (Figura 5) y libro de instrucciones para el corte (Figura 6).

Utilizamos el primero y le añadimos un anestésico tópico (Figura 7). No consideramos adecuado incluir el alicate de corte distal. La situación más habitual para su uso, sería la derivada del "Rolling effect" en los arcos redondos de NiTi, en la cual por el propio efecto secundario el arco saldrá por distal de uno de los mini tubos de segundos molares, mientras se acortará en el contrario. Este problema lo evitamos utilizando arcos de tipo "Dimpled" dotados de una muesca en el espacio inter-incisivo (Figura 8), y evitamos la posible tentación al paciente de seccionar el arco, lo que derivaría en efectos secundarios impredecibles.

Otro de los aspectos importantes es el mantenimiento de las urgencias durante los periodos de vacaciones. Tendremos dos situaciones:



1



5



2



6



3



7



4



8

Figura 1.
Kit de urgencias

Figura 2.
Libro de instrucciones
(ortodoncia fija, removible
y aparatos funcionales)

Figura 3.
Contenido del Kit: espejo
intraoral, cera, seda
dental, conductor de
elásticos y caja
para retenedores

Figura 4.
Kit de urgencias

Figura 5.
Alicate de corte distal

Figura 6.
Instrucciones para corte
distal

Figura 7.
Anestésicos tópicos y
desinfectantes

Figura 8.
Arco Dimpled

1. *Paciente no desplazado, pero la clínica permanece cerrada:* disponemos de un centro en la propia localidad, donde el paciente puede acudir festivos y periodos vacacionales. Su problema será atendido y el paciente nos vuelve con el informe de asistencia.
2. *Paciente desplazado:* para evitar que pueda acudir a un servicio de urgencias de tipo hospitalario, donde al no disponer de personal con conocimiento de ortodoncia, será atendido generalmente por el equipo de guardia; y corremos el riesgo de que nos descementen todo el aparato. Preferimos contactar con ortodoncistas próximos a la zona vacacional y referirlos con un informe de su tratamiento y el teléfono de contacto.

Finalizada la visita de cementado y ligado del arco, se instruye al paciente de forma que pueda solventar pequeñas urgencias, como el roce por el extremo de una ligadura metálica. En cualquier otra circunstancia le recomendamos se ponga en contacto rápidamente con nosotros para programar una visita de urgencias a la mayor brevedad posible, a su vez le aconsejamos las medidas temporales a adoptar hasta su próxima cita.

Los pacientes portadores de aparato fijo van a representar el mayor "pool" de situaciones desencadenantes de estas visitas. A continuación exponemos nuestro protocolo de actuaciones:

Pérdida de los separadores interdetales

Ante una pérdida de los separadores, el ortodoncista descarta mediante una radiografía peri-apical su invaginación.

Los separadores elastoméricos serán siempre radiopacos.

Se repondrán a la mayor brevedad posible (preferentemente el mismo día).

Lesiones producidas por bandas

Ante una gingivitis o absceso periodontal, retiramos la banda, y tras la limpieza de la zona, instauramos un tratamiento con colutorio de clorhexidina y antibióticos del tipo Rhodogil® (metronidazol más espiramicina).

Las alteraciones gingivales, por bandas excesivamente largas o efecto "flash-past", serán tratadas con la retirada y el ajuste de las mismas. Si es posible (no utiliza aparatología auxiliar) colocamos tubos de cementado directo.

Procedemos a micro-arenar la banda (Óxido de aluminio de 50 micrones), limpiamos con solución de éteracetona y doblamos en bisel interno el margen gingival. Cuando la zona esta recuperada, procedemos al recementado de la banda.

Lesión mucosa por el arco

Se presenta habitualmente por el efecto "rolling" de los arcos redondos de NiTi, y va a requerir una actuación en clínica para la recolocación y centrado del mismo. La asistente de ortodoncia en caso de ausencia del profesional desligará el arco y lo situará en su posición ideal.

Se recomienda al paciente la colocación de cera dental sobre el extremo libre hasta su solución.

Para evitar este problema utilizamos arcos de tipo "Dimpled" que presentan una muesca en el espacio inter-incisivo, lo que limita el posible desplazamiento (espacio inter-bracket de los incisivos centrales).

Otra causa de este tipo de lesiones se daría con la utilización de un arco de trabajo de Cro-Ni con "T", durante la retrusión del grupo incisivo. Al proceder a los cambios de cadeneta elástica tenemos que utilizar el alicate de corte distal, ya que el efecto de la mecánica implica la salida del arco por los últimos tubos (mini tubos en el caso de segundos molares).

En ocasiones aparecen lesiones mucosas por el roce con el arco (gran distancia interbracket por un espacio de extracción), indicamos la utilización de tubo elastomérico de protección (Figura 9).

En las etapas finales de tratamiento, cuando estamos en la fase de "detallado", utilizamos la sección selectiva del arco doblando los extremos a 90°; esta zona se adapta a las aletas del bracket y sirve de soporte a los elásticos intermaxilares, en caso de abrirse producirá una lesión mucosa y procederemos a rectificar su doblado con el alicate de Weingart.

Solucionado el problema indicamos la utilización de carboxolona como cicatrizante (Sanodin gel®).

Lesiones producidas por las asas

Tanto las "T" como las "Ω" tienen que torquarse hacia vestibular (abrir las), de forma que al ligar el arco no queden clavadas sobre la mucosa gingival.

En caso de presentarse se citará al paciente a ser posible con el ortodoncista para que proceda a aumentar el torque de las mismas. Si no fuese posible por que implicaría una excesiva demora, será la asis-

tente la que procederá a abrir el asa, y se le citará a la mayor brevedad para una visita de control.

Si no fuese capaz de solucionarlo, procederá a retirar el arco, y colocar uno de la misma sección sin el asa, para estabilizarlo hasta la próxima cita.

Lesiones producidas por cadenetas

La utilización de una cadeneta de elastómero, para traccionar desde las "T" puede producir al aplicarse sobre la encía una lesión longitudinal. Se procede a abrir la "T" separándola de la encía lo que induce la separación del elastómero y permite la recuperación mucosa.

Lesiones producidas por muelles

Los muelles de distalización molar pueden lesionar la encía en el caso de no seccionarlos en el punto donde cambia su grado de compresión. Se procederá a sustituirlo por uno seccionado correctamente.

Alergias al Níquel

Se presenta como un cuadro florido de irritación de toda la mucosa bucal; se difiere la cita hasta la visita con el ortodoncista y se mantiene con un colutorio de clorhexidina.

Va a obligar a la sustitución de los brackets metálicos por otros de porcelana, utilización de arcos y ligaduras con cubierta de teflón y bandas con cobertura de composite.

En la historia clínica previa a todo tratamiento de ortodoncia se debe interrogar sobre las reacciones alérgicas a bisutería o correas de reloj (típico de estos pacientes), y en caso de duda se puede proceder a las pruebas de alergia.

Descementados

Es la causa del mayor número de visitas fuera de programa de los pacientes portadores de aparatología fija. Una asistente bien entrenada será capaz de realizar un recementado estándar, o con cubeta individual (cementado indirecto); pero si utilizamos cemento directo con modificación de la prescripción, como el caso de tracción de caninos y no puede ser visitado por el ortodoncista, el personal auxiliar procederá a la retirada del bracket hasta la siguiente cita.

En los casos de recementado utilizamos el mismo bracket o tubo de cementado directo, tras la limpieza de su base con óxido de aluminio de 50 micrones



Figura 9.
Tubo elastomérico de protección

y una solución de éter-acetona al 50%. En ningún caso reciclamos brackets o tubos para otros pacientes, ya que los sucesivos micro-arenados van a alterar la malla de la base y con ello aumentar el riesgo de descementado.

Para minimizar este tipo de urgencias es necesaria una depurada técnica (sin prisas) en la visita de cementado, un campo libre de saliva (aspirador de tipo Nola) y la utilización de brackets dotados de una buena malla en la base.

La inversión en tiempo y material de calidad, a la larga nos ahorrará horas clínicas y consecuentemente reducirá los costes del tratamiento.

La utilización de "build ups" posteriores nos elimina el riesgo de descementados, por ejemplo al descruzar un incisivo lateral a causa del trauma oclusal con los inferiores.

Mantenedores y recuperadores de espacio

La utilización de aparatología removible como mantenedores o recuperadores de espacio, está contraindicada en pacientes poco colaboradores. Para evitar las urgencias derivadas de su inconstante uso, recomendamos la utilización de un botón de Nance o dientes protésicos con sistema telescópico, soldado a bandas en los primeros molares para maxilar superior, y arcos linguales en inferior.

Las urgencias por descementados, las atendemos con la mínima demora, ya que el riesgo de cierre de espacio nos obligaría a colocar en ocasiones un recuperador como paso previo al mantenedor.

Aparatos removibles

Los desajustes de las placas activas frecuentemente se deben a que el paciente no utilizó el aparato du-

Figura 10.
Desactivación del tornillo
de expansión

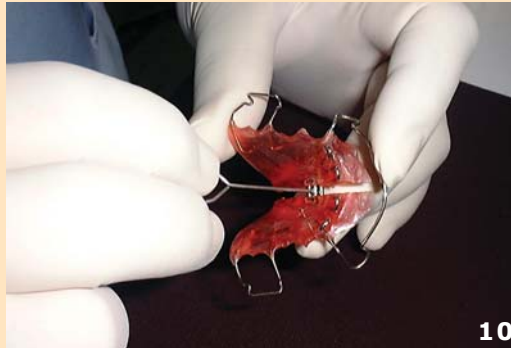
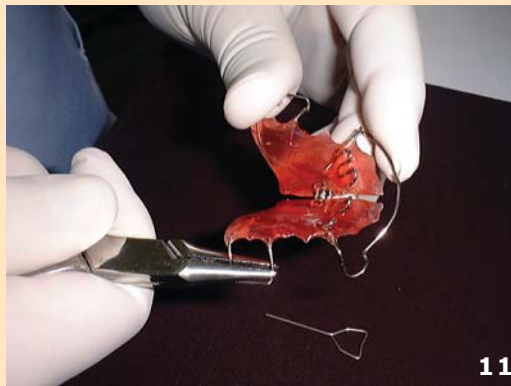


Figura 11.
Activación del Adams



rante algunos días; la mayoría de veces se soluciona cerrando el tornillo de expansión (Figura 10). En caso contrario procedemos a tomar una impresión para su ajuste en laboratorio.

Para las fracturas en la placa activa utilizamos resina termopolimerizable (la autopolimerizable desprende posteriormente olor) y vamos a precisar un modelo de yeso actualizado.

En los casos de falta de retención, procedemos a activar los retenedores (Adams en los molares). Si presenta piezas temporales, o con un ecuador coronario poco marcado, indicamos siempre retenedores de bloqueo: Adams, gota, bola, punta de flecha etc. (Figura 11).

Disyuntores

El descementado de un disyuntor, constituye una urgencia “princeps” dentro de la práctica diaria. Una demora excesiva (una actuación no inmediata), nos puede conducir a la recidiva de esa disyunción tan trabajada por el paciente.

Si el descementado se produjo por la rotura del aparato, y no es posible solucionarlo en el mismo día, vamos a remitirlo al laboratorio, pero instalando una férula plástica rígida (Tipo Essix®) antes de salir de la consulta, para uso continuo.

Conclusiones

Recordando las palabras de mi profesor de ortodoncia “¿Si cuando haces algo no tienes tiempo para hacerlo bien, cuándo lo tendrás?”, quizás podría resumirse la minimización de las urgencias.

Programar una visita de cementado, o un cambio de arcos con el suficiente tiempo clínico de sillón, prever el material necesario, buenos materiales y disponer de un personal auxiliar suficientemente preparado; son imprescindibles para llegar a finalizar con éxito un tratamiento.

Formar adecuadamente al personal auxiliar es competencia nuestra, y ello va a mejorar nuestra práctica. Actualmente disponemos de material didáctico, cursos de formación y cursos de actualización específicos para asistentes. Periódicamente tenemos charlas de formación continuada con nuestro personal y lo adaptamos a la sistemática de trabajo que utilizamos.

Protocolizar las actuaciones y uniformizar los criterios “las mismas respuestas a las mismas preguntas de los pacientes” darán una buena imagen de la clínica y evitarán suspicacias respecto a los tratamientos.

La minimización de las urgencias dota a la consulta de una imagen de calidad, y constituye un excelente instrumento de marketing como fuente de nuevos pacientes, referenciados por nuestros pacientes en tratamiento.

Bibliografía

- Echarri P, Lucea A. *Ortodoncia para Asistentes e Higienistas Dentales*. Barcelona: Nexus Ediciones S.L, 2002.
- Echarri P. *Syllabus de Ayudante de Ortodoncista para Asistentes e Higienistas Dentales*. (España) Ed. Ladent S.L., 1990.
- Echarri P. *La asistente dental en Ortodoncia*. Gaceta Dental; Junio/Julio, 1991.
- Lucea A. Medidas preventivas en la Práctica Ortodóncica. *Revista de Ortodoncia Clínica* 2000;3(1):8-17.
- Lucea A, Echarri P. Mantenedores y recuperadores de espacio. *Revista de Ortodoncia Clínica* 2002;5(2):88-98.