

OCLUSIÓN INFANTIL. ¿QUÉ TRATAR? ¿CUÁNDO TRATAR? ¿CÓMO TRATAR? Infantile occlusion. ¿what to treat? ¿When to treat? ¿How to treat?

Gallegos López Luí, Odontólogo UC, Master en Odontopediatría. Universidad Complutense de Madrid, Especialista en Atención Odontológica al niño de alto riesgo biológico UCM, Prof. Colaborador del Master de Odontopediatría de la UCM, Prof. Asistente de la Cátedra de Odontopediatría de la Universidad Alfonso X El Sabio-España.; Miegimolle Mónica, Odontólogo, Profesor Honorífica en la Cátedra de Odontopediatría Universidad Complutense de Madrid, Doctora en Ciencias Odontológicas, Universidad Complutense de Madrid, Master en Odontopediatría, Universidad Complutense de Madrid.

Resumen

El presente estudio se fundamentó en una investigación de tipo documental, cuyo principal objetivo es obtener a través de una exhaustiva revisión bibliográfica, los patrones a seguir para realizar un buen diagnóstico y un óptimo tratamiento en la maloclusión infantil. ¿Qué tratar? ¿Cuándo tratar? ¿Cómo tratar?, son interrogantes que surgen al tratar este tipo de maloclusión, ya que siempre ha existido la controversia entre los partidarios del tratamiento precoz con fines preventivos e interceptivos y los que por el contrario recomiendan un tratamiento tardío correctivo. Con respecto a ¿Qué tratar?, es importante señalar que el tratamiento debe estar basado en un diagnóstico, no solo morfológico sino funcional y que se pueden diferenciar tres períodos de acuerdo a la edad cronológica del paciente y el desarrollo de la dentición. Para determinar ¿Cuándo tratar? Se debe hacer un estudio concienzudo y detallado de la anomalía presentada, de manera que éste por si mismo indique el momento para empezar el tratamiento dependiendo de la naturaleza, variedad y localización de la misma. El ¿Cómo tratar? Involucra los principios básicos de la ortopedia funcional y ortodoncia preventiva e interceptiva y, puede estar involucrada también la cirugía ortognática.

Palabras clave: Maloclusión infantil, diagnóstico maloclusión infantil, tratamiento precoz de la maloclusion.

Abstract

The present study was base on an investigation of documentary type, whose main objective is to obtain through from an exhaustive bibliographical revision, the patterns to follow to make a good diagnosis and an optimal treatment in the infantile malocclusion. What to treat? When to treat? How to treat? They are questions that arise when dealing with this type malocclusion, since always it has existed the controversy between those in favor of the precocious treatment with preventive and interceptive aims and those that on the contrary, recommend a corrective delayed treatment. Witch respect to What to treat?, is important to indicate that the treatment must be based on a diagnose, not only morphologic but functional and that can be differentiated three

periods according to the chronological age from the patient and the development of teething. In order to determine When to treat?, a conscientious and detailed study is due to do of the presented/displayed anomaly, so that this by itself indicates the moment to begin the treatment depending on the nature, variety and location of the same one. How to treat?, it involves the basic principles of functional orthopedics and preventive and interceptive orthodontics, and can also be involved the orthognatic surgery.

Key words: Infantile malocclusion, diagnosis in the infantile malocclusion, precocious treatment in the infantile malocclusion.

INTRODUCCIÓN

La oclusión infantil forma parte de los parámetros que constituyen objeto de estudio para cualquier odontólogo general u odontopediatra, no solo porque es un elemento que se maneja a diario, sino por las interrogantes que pueden surgir al respecto, ya que debe tenerse por un juicio claro a la hora de diagnosticar, tratar y preveer el éxito del tratamiento de una maloclusión en el paciente infantil.

Por otro lado, el factor "Padres" es preciso manejarlo, orientarlo y considerarlo en todo lo que a terapéutica infantil se refiere, son precisamente ellos quienes demandan un tratamiento de la maloclusión, no solo coherente con la necesidad de sus hijos, sino que sea en el menor tiempo posible y que esté económicamente justificado y a su alcance.

Ha existido siempre la controversia entre los partidarios del tratamiento precoz con fines preventivos e interceptivos y los que en contraposición recomiendan un tratamiento tardío correctivo, lo que en la consulta del día a día se traduce en tratamiento en dos fases o en una sola fase.

Todos estos factores conllevan a tres preguntas a resolver y que se caracterizan por ser claras y precisas como son: ¿Qué tratar?, ¿Cuándo tratar?, ¿Cómo tratar?.

Con respecto al Qué Tratar de la maloclusion infantil, algunos autores señalan al respecto que las alteraciones morfológicas deben ser tratadas en la dentición primaria y desde los 5 años de manera precoz para permitir el correcto desarrollo de la oclusión del paciente.

Es importante saber que el tratamiento debe estar basado en un diagnóstico no sólo morfológico, como habitualmente ocurre sino en uno más funcional, en el que se puedan registrar los movimientos mandibulares de la musculatura masticatoria, la función lingual, los sonidos de la ATM, los contactos e interferencias oclusales, la función respiratoria y la postura cráneo-facial.

(1)

Funciones éstas, que se realizan desde el principio de la vida y que repercuten en el proceso de desarrollo y crecimiento del esqueleto craneofacial y en el desarrollo de la oclusión.

Se pueden diferenciar tres períodos atendiendo a la edad cronológica y el desarrollo de la dentición:

Primer Período: de los 4 a los 7 años que corresponde a la dentición temporal e inicio de la mixta.

Segundo Período: de los 7 a los 10 años, paciente en dentición mixta.

Tercer período: de los 10 a los 12, final de la dentición mixta principio de la permanente.

Durante el primer período el principal objetivo debe estar encaminado a desarrollar tridimensionalmente el maxilar, ya que el hueso presenta un estado favorable para influir en su

desarrollo a través de la expansión, la protracción y la retracción, trataremos las asimetrías ya que estos tratamientos son de mejor pronóstico en dentición temporal y evitaremos la implantación de hábitos perjudiciales.

El tratamiento para modificar el crecimiento transversal, sagital y vertical y la obtención de una guía incisal óptima se realizará en el segundo período, siendo conscientes que el tratamiento en los planos vertical y sagital pueden requerir segundas fases y pueden ser solucionados con un tratamiento de ortodoncia correctiva posteriormente en una sola fase dependiendo de la severidad de los casos.

Durante el tercer período es importante el aprovechamiento del espacio de deriva, ubicar de manera correcta los primeros molares y proveer una correcta erupción de caninos superiores, que suele ser el último diente en erupcionar y en muchas ocasiones presenta problemas de erupción ectópica o falta de espacio.(1)

En la Tabla N°- 1 se señalan las patologías que se deben y pueden tratar, tanto en dentición temporal como mixta.

En la **Tabla N° 1** se señalan las patologías que se deben y pueden tratar, tanto en dentición temporal como mixta.

En dentición temporal:	En dentición mixta:
<ul style="list-style-type: none"> • Pérdida prematura de dientes primarios que comprometen la longitud del arco. • Dientes en malposición que produzcan contactos prematuros durante el cierre mandibular y que originan desviaciones en los movimientos de cierre. • Todos los hábitos que causan función anormal o pueden distorsionar el crecimiento. • Mordidas cruzadas anteriores y posteriores 	<ul style="list-style-type: none"> • Diente supernumerario que cause maloclusión. • Pérdida prematura de dientes temporales que comprometan la longitud del arco. • Malposición de dientes que puedan causar patrones anómalos de cierre mandibular. • Diastemas a nivel de los incisivos centrales. • Mordidas cruzadas de dientes permanentes ya sean anteriores o posteriores. • Neutroclusión con labioversión extrema de los dientes anteriores superiores. • Casos de clase II de tipo funcional.

Tabla N° 1: Patologías que debemos y podemos tratar en dentición temporal y mixta.

Para determinar Cuándo se debe empezar un tratamiento, es indispensable hacer primero un diagnóstico completo y minucioso de todas y cada una de las características morfológicas y funcionales del complejo orofacial. El estudio concienzudo y detallado de las anomalías dentofaciales señalará el momento más indicado para empezar el tratamiento, del cual no se puede decir de antemano si será temprano o tardío, pero deberá ser oportuno de acuerdo con la naturaleza, variedad y localización de la anomalía y teniendo presentes los cambios que se pueden producir a largo plazo por el crecimiento y por la acción de los aparatos.(2).

Cabe destacar, que la limitación del tratamiento de las maloclusiones para el odontólogo general, el odontopediatra y para el ortodoncista no está realmente bien definida, pero puede basarse en los siguientes factores específicos: la complejidad de la maloclusión, la complejidad del diagnóstico, la complejidad del tratamiento. (3).

Los objetivos de los tratamientos en la fases de dentición temporal y mixta se reflejan claramente en la Tabla N° 2.

• Mantener buenas relaciones interdentarias.
• Detener la evolución de los problemas en desarrollo que pudieran afectarla.
• Diferenciar las anomalías primitivas de las secundarias.

Tabla Nº 2: Los objetivos de los tratamientos en dentición temporaria mixta, primera y segunda fase.

Las anomalías primitivas deben considerarse prioritarias, estas son originadas directamente por el elemento causal, o sea, los que obedecen a causas generales, como por ejemplo el patrón heredado, entre estas tenemos: Micrognatismo, macrodoncia, prognatismo, retrognatismo, las cuales pueden reconocerse desde edades muy tempranas y darán las pautas de los límites de tratamiento. (2).

El diagnóstico en la maloclusión es primordial con el fin de establecer pautas terapéuticas encaminadas a un desbloqueo progresivo de la maloclusión y nos deben llevar a unos resultados funcionales, estéticos y estables (1).

Para determinar cuándo tratar, deben tomarse en cuenta ciertos parámetros que se señalan en la Tabla Nº- 3.

• La edad dentaria.
• Momento de crecimiento.
• Gravedad de las anomalías a tratar.
• El factor humano.(paciente y padres)

Tabla Nº 3: Parámetros a tomar en cuenta para saber cuándo tratar

Diferentes tipos de maloclusiones pueden ser diagnosticadas en la dentición temporal, y muchos refieren que las maloclusiones que se establecen en estadios tempranos del desarrollo oclusal no se corrigen con el desarrollo (4).

Sin embargo, a medida que se ha ido conociendo más el mecanismo del crecimiento craneofacial, se conoce que se pueden aprovechar los períodos de incremento del desarrollo óseo en el tratamiento de las anomalías de posición de los maxilares. Los brotes de crecimiento de la pubertad representan un factor destacado en la elección de la edad para el tratamiento de muchas de las anomalías más frecuentes en la clínica de ortodoncia. (2).

Diferencias esqueléticas transversas maxilares pueden ser tratadas a medida que la estructura basal lo permita, durante la dentición permanente joven. (4).

Diferencias ante ro-posteriores del arco inferior en maloclusión clase II se pueden tratar tanto que haya hormonas de crecimiento y hasta la pubertad.

Mientras mayor sea la anomalía, más difícil será tratar todo en dentición adulta, dejar que se desarrolle una anomalía importante sin tratar en dentición mixta y que de esta forma se instale en dentición permanente hace que existan problemas que resolver mucho más complejos. (4)

Parece quedar claro para muchos, que la maloclusión debe tratarse tan pronto como sea diagnosticada, en orden a restablecer las características normales tanto como sea posible. Desde un punto de vista práctico es necesario ser cuidadoso al momento de llevar a cabo el tratamiento, sin desestimar la relación costo beneficio a largo plazo.

Existen maloclusiones, donde se conoce que deben ser tratadas solo en dentición permanente, como los casos de retrognatismo inferior. (2).

Otro aspecto a considerar en el cuándo tratar, es el factor psicológico, entre las edades de 8 a 12 años, los pacientes están en una etapa muy favorable para la utilización de aparatología, debido a que se encuentran bajo el consejo y la autoridad de los padres. (5)

La época de la pubertad es una etapa muy delicada para aceptar dispositivos visibles y todas las obligaciones que estos requieren, muchos lo definen como un antagonismo entre las necesidades técnicas y el desarrollo afectivo del paciente. Además de que se sabe muy bien que a medida que aumenta el tiempo global del tratamiento se pierde la colaboración.

Es por eso que ante la pregunta habitual que hacen los padres de cuando comenzar el tratamiento, son muchos los factores que sin duda debemos manejar y hacer llegar a él, que realiza la pregunta, por lo tanto es imperativo orientarlos de acuerdo con las anomalías presentes, estado de la dentición, y tal vez lo más difícil, predicción de la futura evolución craneofacial.

La prescripción de la conducta terapéutica a seguir variará sensiblemente de uno a otro caso de acuerdo a la anomalía que debe tratarse. Además, conviene explicar a los pacientes que cada caso es distinto y que si un pariente o amigo de la misma edad está recibiendo atención ortodántica no implica necesariamente que él también la tenga que recibir. Hay que dejar bien claro que, al igual que las enfermedades generales, las anomalías dentofaciales son muy diferentes unas de otras y variará su tratamiento también.

El cómo tratar, involucra no sólo el conocimiento de los principios básicos de la Odontopediatría como rama de la odontología, sino también el sin número de vertientes y opiniones que se manejan en el terreno de la ortopedia y la ortodoncia, con todas sus ramas de ortopedia funcional, ortodoncia preventiva, interceptiva y correctiva, sin dejar de lado la cirugía ortognática.

La maloclusión es básicamente una displasia dentaria. Dentro de esta clasificación se agrupan las giroversiones, malposición de dientes individuales, falta de dientes y discrepancia en el tamaño de los dientes. (6)

Al diagnosticar una maloclusión, se deben analizar diferentes parámetros como: estadio de dentición, proceso de desarrollo en el cual se encuentra inmerso el paciente, y el hecho de que el paciente pediátrico forme un ente junto a sus padres. El diagnóstico obtenido requiere el entendimiento y colaboración de ambas partes.

Además, debe comprenderse que cada período del desarrollo dentario tiene sus problemas particulares y con ello también exigencias y posibilidades terapéuticas específicas, las cuales deben tomarse en cuenta al proyectar el tratamiento y realizarse en el momento adecuado, medidas necesarias y deseables.

Pero hay que comprender también, que se trata de medidas provisionales y a menudo completamente locales. En ningún caso debe dejarse de lado el desarrollo ulterior del todo. En casos aislados, pueden ser suficientes pequeñas medidas ortodánticas, las cuales aseguran, entonces, el ulterior desarrollo armónico. En otros casos, solamente son activas durante un tiempo no muy largo, aunque impiden una anomalía más grave de posición y oclusión y pueden simplificar el tratamiento posteriormente necesario ya previsto en el proyecto. Y, finalmente, en ciertos casos se renunciará a intervenir cuando sea necesario y cuando esté establecido que la corrección podrá ser practicada más tarde sin tanto despliegue y más comprensivamente. Pero sobre todo es importante saber dónde y cuándo es necesario intervenir y cuándo puede prescindirse de ello o puede dejarse para un momento posterior. (5)

El tratamiento de las maloclusiones debe realizarse considerando:

- El Plano Frontal
- El Plano Vertical
- El Plano Transversal

1. MALOCLUSIONES EN EL PLANO FRONTAL:

¿QUÉ TRATAR?

En este plano, el clínico debe interesarse ante todo por la posición de los incisivos, en particular los superiores, en este plano los problemas más frecuentes que podemos encontrar son:

- 1.1 Las mordidas cruzadas anteriores
- 1.2 Protrusión incisiva.

1.1 Mordida cruzada anterior

En este tipo de maloclusión a la exploración clínica se observan unos incisivos superiores ocluyendo en sentido lingual de los inferiores. (8)

Alteraciones en la vía de erupción de los incisivos pueden resultar en mordida cruzada de uno o de dos de ellos, debido a posiciones inadecuadas del folículo, presencia de mesiodens, traumas sobre la dentición temporal, o patología de los incisivos predecesores, entre otras causas. Si esta situación no se corrige oportunamente, los incisivos superiores continúan su erupción por lingual de los inferiores, ejerciendo sobre estos un componente anterior de fuerzas al ocluir y resultando a veces en un movimiento adaptativo de adelantamiento mandibular, al momento del cierre.

La erupción de un incisivo superior en una posición de mordida cruzada, produce de inmediato una "mordida trabada", con todas las posibilidades concurrentes de una función muscular labial y facial pobre, función masticadora pobre y un inadecuado desgaste incisal y oclusal. (15)

A la exploración existe un aplanamiento reconocible del labio superior, debido a la posición más lingual del incisivo superior y a la pérdida al efecto del relleno del labio que hace el hueso ubicado en la cara vestibular de la raíz.

¿CUANDO TRATAR?

Un diagnóstico precoz de esta condición es importante, si el odontólogo observa esta maloclusión a medida que el diente erupciona, el tratamiento es mucho más fácil. Sin embargo, si el tratamiento se posterga hasta que el niño tenga 10 ó 12 años, muchas veces hay un espacio inadecuado en el cual mover el diente trabado lingualmente, por tanto es más complicado por la discrepancia ósea dentaria que puede presentar este paciente, de esta forma debe considerarse el espacio del que se dispone para ubicar este diente o grupo de dientes, de modo tal, que puedan ocupar su posición apropiada en el arco dentario. Es importante considerar, que en estos casos puede existir no sólo una mordida cruzada anterior simple (Clase I, Tipo 3), sino que en verdad puede haber una maloclusión Clase III genética. Hitchcock señala que si en más de tres semanas de terapia aparatológica no se obtiene éxito en la reducción de la mordida cruzada anterior, quizá debería considerarse como un posible caso de Clase III, disfrazado como Clase I, Tipo 3. Algunos autores las han llamado maloclusiones pseudo-clase III. En general, es mejor considerar los casos de Clase I, Tipo 3, como terminales del espectro y a las maloclusiones totales de Clase

III, en el otro extremo. Cuanto más sean los dientes anteriores que se encuentran en mordida cruzada, más firme debe ser la sospecha en la mente del odontólogo de que el niño puede estar desarrollando una maloclusión de Clase III, lo cual sólo un ortodoncista deberá tratar. (15)

El odontólogo general y el odontopediatra pueden sentirse libres para tratar las maloclusiones más simples de mordida cruzada anterior en los niños más pequeños, pero se le insta a que derive los casos más complicados y de niños de 10 años de edad. No sólo por el tiempo transcurrido, sino también porque los parámetros para saber donde termina un caso de mordida abierta anterior y donde comienza una maloclusión de clase III son muy difíciles de determinar. (16)

No hay dudas importantes para un clínico que se encuentra con una mordida cruzada con sólo dos incisivos con este tipo de maloclusión, pero si cuando los cuatro incisivos superiores están cruzados. Aunque el paciente haya sido clasificado en neutroclusión y el aspecto de la oclusión incisal es de clase III; se requiere un examen más detallado de los antecedentes cefalométricos, o la consulta con un especialista (7).

¿CÓMO TRATAR?

Cuando se plantea tratar una mordida cruzada anterior, se debe estar consciente que este tratamiento involucra la corrección de las posiciones de los incisivos superiores que aparecen bloqueados lingualmente a los incisivos inferiores cuando el niño cierra su mandíbula para establecer su oclusión. (16)

La corrección de esta maloclusión local es relativamente simple si:

Existe espacio para realizar el salto de mordida.

El ápice de la pieza cruzada está en posición normal.

El hueso apical es adecuado.

El entrecruzamiento de las piezas es suficiente, es decir, con un adecuado overjet (resalte), en este caso invertido.

Entre los aparatos que son de elección para la corrección de una mordida cruzada se encuentran:

Tablilla de mordida o baja lengua.

Plano inclinado de acrílico.

Aparatos con elementos activos.

Aparatos fijos.

1.2 Protrusión incisiva:

El resalte maxilar superior aumentado puede resultar de:

Protrusión de la apófisis alveolar maxilar superior.

Retrusión mandibular.

Mayor inclinación hacia vestibular de los incisivos superiores.

Inclinación hacia lingual de los incisivos inferiores.

Protrusión maxilar superior.

Retrusión de la mandíbula.

Dentro de esta maloclusión, la los hábitos nocivos es importante y (22)

HÁBITOS

Todos los hábitos tienen su origen dentro del sistema neuromuscular, puesto que son patrones reflejos de contracción muscular de naturaleza compleja que se aprenden.

Los hábitos de presión anormal que pueden interferir con el patrón regular del crecimiento facial, deben distinguirse de los hábitos normales deseados. Los efectos de una presión inadecuada pueden observarse en el crecimiento anormal o retardado del hueso, en las malas posiciones dentarias, hábitos defectuosos de respiración, dificultades para hablar, alteraciones del equilibrio de la de la apófisis alveolar musculatura facial y problemas psicológicos. Todos los hábitos de presión anormal deben ser estudiados por sus repercusiones psicológicas, porque pueden estar relacionados con hambre o con un deseo de llamar la atención. (17)

Estos hábitos son aprendidos tempranamente en la vida debido al sistema neuromuscular, y desaparecen alrededor de los 4 años. Más tarde, el dentista olvida fácilmente que la interrupción brusca de un hábito que ha estado activo por varios años tiene una gran influencia psicológica sobre el niño. (18)

Dentro de ellos se encuentran: la succión digital, interposición lingual, interposición labial, succión del labio, respiración bucal.

¿CUÁNDO TRATAR?

Ante la presencia de cualquier tipo de hábito que origine patrones funcionales anormales, y que desarrolle posiciones anormales a nivel de los incisivos superiores, se plantea la erradicación del mismo una vez diagnosticado este patrón de hábitos nocivos. La eliminación del hábito a edad temprana muchas veces es suficiente para ver corregida la maloclusión, en general, forma parte del tratamiento precoz a nivel de la dentición temporal y tiene acción a nivel de la dentición mixta también.

¿CÓMO TRATAR?

El tratamiento de los hábitos en odontología puede definirse como la prevención, intercepción y tratamiento de los problemas bucales por medio de la modificación de aquellos.

El tratamiento de los hábitos en la prevención, intercepción y tratamiento de los problemas oclusales de los niños se ocupa de la modificación de aquellos relacionados con la maloclusión. Algunos llamaron a esto terapia miofuncional. "Mio" significa "músculo", y el objetivo de la terapia es cambiar la función de los músculos faciales y orales para impedir, interceptar o tratar una maloclusión. Cuando se trata de corregir el hábito de un paciente de chuparse el dedo o empujar con la lengua, se debe tratar no solo con la musculatura del niño sino también con todo su comportamiento y, a menudo, con el de su familia, relaciones y compañeros. (19)

La fisiología bucal trata de las funciones de las partes del mecanismo oral. En efecto, esto se refiere a la acción muscular de los labios, lengua y los carrillos en descanso y durante la fonación, deglución y respiración. La acción y el equilibrio normal muscular tiende a provocar y mantener oclusiones normales. (20)

La acción anormal, tiende a perturbar el equilibrio muscular entre los labios y los músculos buccinadores sobre las caras vestibulares de los dientes y la lengua sobre las caras linguales y palatinas de estos últimos. Como resultado de esto, los dientes tienden a asumir nuevas y malas posiciones. La persistencia de la acción muscular anormal tiende a favorecer la creación y el

mantenimiento de estas maloclusiones. Con el fin de ayudar a corregir y mantener una adecuada oclusión, el objetivo del tratamiento miofuncional es modificar la función muscular bucal anormal y convertirla en la función normal descrita. (20)

2. MALOCLUSIÓN EN EL PLANO VERTICAL

¿QUÉ TRATAR?

A este nivel las maloclusiones a tratar son:

- 2.1. Mordida abierta
- 2.2 Mordida profunda

2.1 Mordida abierta:

La mordida abierta se caracteriza por la falta de contactos entre los incisivos superiores e inferiores cuando los dientes posteriores se encuentran en oclusión, ocasionada generalmente por la presencia de algún tipo de hábito. (pinkham) (27)

Las primeras consideraciones que el clínico debe observar son aquellas descritas en el examen del paciente, para determinar si todos los otros indicadores, en relaciones esqueléticas, están dentro de rangos normales. Al examen superficial esta anomalía se asemeja a la clase II-1, con la obvia diferencia de las relaciones intermaxilares.

Descartados los trastornos a otro nivel, el segundo paso de la calificación adecuada del, o los hábitos, que han causado la mal posición del grupo incisivo superior. Los más frecuentes son: succión digital o del pulgar, interposición lingual, succión labial y respiración bucal, algunos de los cuales pueden presentarse combinados en relaciones confusas de causa efecto.

¿CUÁNDO TRATAR?

En términos generales, se considera que el tratamiento de la mordida abierta debe realizarse de manera precoz, para garantizar un mejor pronóstico, y poder erradicar el hábito más fácilmente. Por otra parte, es posible disponer de mayor espacio para ubicar los dientes, (espacios primates, espacios de deriva). Cuando el paciente es mayor de 10 años y presenta una discrepancia ósea dentaria negativa, será necesario derivarlo al ortodoncista.

¿CÓMO TRATAR?

Una de las opciones terapéuticas más utilizadas y de mejores resultados es la reja lingual; que permite impedir la interposición lingual y reestructurar el patrón de deglución del paciente, además de proveer una traba mecánica para la práctica de la succión digital, reduciendo el hábito de manera rápida y efectiva. Al interceptar estos hábitos en dentición temporal, se observa una resolución efectiva de la mordida abierta y una mejor relación de arcadas en el plano vertical.

2.2 Mordida profunda:

La mordida profunda está causada por sobre erupción de los dientes anteriores y falta de erupción de los posteriores, se evita tratar a temprana edad por ser muy recidivante, por lo que se pospone su tratamiento en la dentición temporal y queda a manos de los ortodoncistas, los pacientes que presentan estas patologías tienden a presentar una dimensión vertical disminuida (Pinkham).

3. MALOCLUSIÓN EN EL PLANO TRANSVERSAL

¿QUÉ TRATAR?

A nivel de este plano la anomalía dento alveolar a tratar es la mordida cruzada posterior ya sea funcional o genética, unilateral o bilateral.

3.1 Mordida cruzada posterior:

Se habla de mordida cruzada posterior cuando las cúspides vestibulares de los premolares y molares superiores ocluyen en las fosas de los premolares y molares inferiores.

Una mordida cruzada unilateral se debe a veces a una inclinación dentaria anómala de los dientes superiores hacia palatino o de los inferiores hacia vestibular: origen dental.

En otros casos tiene un origen esquelético por falta de crecimiento de un hemimaxilar superior o por una asimetría en la forma mandibular con laterognacia. Las laterognacias mandibulares, suponen una desviación permanente de la mandíbula, cuya morfología está alterada tanto en el cóndilo y rama como en el cuerpo y región alveolodentaria.

Pero lo más frecuente, es que exista una alteración funcional consistente en una desviación mandibular hacia la derecha o izquierda en el momento de la oclusión. Esta desviación es, generalmente, adaptativa para evitar puntos de contacto prematuros.

Las situaciones que con más frecuencia originan una desviación funcional mandibular son:

1- Erupción de incisivos laterales permanentes por palatino; la mandíbula se mesializa y desvía lateralmente.

2- Compresión maxilar bilateral o muy acentuada, que provoca un contacto cúspidecúspide de caninos temporales o piezas dentarias posteriores; la mandíbula se desvía hacia uno de los lados para obtener un buen engranaje oclusal. (23)

Las mordidas cruzadas posteriores más comunes, observadas en niños durante el estado de dentición temporaria, son las que afectan al canino temporario superior y a los segundos molares temporarios superiores de un lado. Casi siempre, esto da la apariencia clínica de las mordidas cruzadas unilaterales, mientras que del otro lado del arco, la mordida parece normal.

Algunos autores las han separado en tipos funcional y genético. Se dice que las mordidas cruzadas posteriores funcionales pueden ser tratadas en el consultorio del odontólogo general, mientras que las del tipo genético deberán derivarse. Se explica que cuando un niño abre su boca y cierra lentamente hacia una mordida confortable, su mordida cruzada es funcional si su mandíbula se desvía hacia el lado de la mordida cruzada para acomodar la interferencia cuspídea,

durante los 2 ó 3 últimos mm de cierre. Sin embargo, si no se observa dicha desviación mandibular durante el cierre, se dice que la mordida cruzada es de origen genético.

Esta separación diagnóstica no siempre aparece en la práctica como una distinción válida. Esto es particularmente cierto, cuando una mordida cruzada funcional puede asumir las características de "no desviación" de la mordida cruzada genética, a medida que el niño ha crecido puede distorsionar el hueso alveolar superior e inferior en respuesta a las raras presiones de esta oclusión. (24)

Por lo general, puede esperarse que el primer molar permanente erupcione en mordida cruzada, cuando ha persistido un molar temporario en mordida cruzada desde una edad temprana, cuando la oclusión del molar temporario fue originalmente establecida. Este tipo de mordida cruzada posterior afecta generalmente a los dientes y a su proceso alveolar (endoalveolia), podemos encontrar también aquellas alteraciones esqueléticas del maxilar, donde la compresión no solo afecta la arcada, sino también su hueso basar, que es lo que se conoce con el nombre de endognacia, descrito ya anteriormente pero referido como mordida cruzada de tipo dentario y mordida cruzada genética. (1)

¿CUÁNDO TRATAR?

Una mordida cruzada con desviación funcional de la mandíbula en dentición temporal persistirá y no se resolverá espontáneamente en el transcurso del desarrollo orofacial. De hecho, la interferencia oclusal y la consecuente relación de mordida cruzada ya sea unilateral o bilateral puede llevar en la dentición permanente a un autentico defecto esquelético. (21 y 25)

La necesidad de tratamiento precoz de estas maloclusiones ya no es cuestionable. La idea arcaica de esperar a que erupcione el primer molar permanente para comenzar el tratamiento, esta completamente desechada. Estas maloclusiones deben corregirse tan pronto como se diagnostiquen, aún en dentición temporal.

Cuando se tratan las mordidas cruzadas posteriores bilaterales, también se debe tomar en cuenta que estas deben resolverse dentro del marco de un tratamiento precoz, debido a que en su etiología están envueltas una serie de conductas repetitivas y lesivas como son los hábitos de respiración bucal, deglución atípica, interposición lingual, succión anómala, que junto a los factores genéticos de hipoplasia mandibular, hiperplasia mandibular, hacen mas complejo el tratamiento y muchos opinan que cuando esta fórmula en cuanto a la etiología se presenta, cuanto antes se trate mejor.

¿CÓMO TRATAR?

Las mordidas cruzadas deben ser tratada con:

Eliminación de interferencias.

Aparatos ortodóncicos removibles.

Aparatos ortodóncicos fijos.

Las opciones de aparatología removible y fija se ven reflejadas en la Tabla N° 8.

Plano Frontal	Plano Vertical	Plano Transversal
<ul style="list-style-type: none"> • Mordida cruzada Incisiva. • Protrusión incisiva 	<ul style="list-style-type: none"> • Mordida abierta 	<ul style="list-style-type: none"> • Mordida Cruzada posterior (funcional o genética)

Tabla N° 4: ¿Qué a tratar en dentición temporal?

MORDIDA CRUZADA ANTERIOR	<ul style="list-style-type: none"> • Tablilla de mordida • Plano inclinado • Aparato removible (Hawley + resorte) • Aparato fijo (arco palatino)
PROTRUSIÓN INCISIVA	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de hábito • Reeducción de hábito • Motivación de padres y pacientes

Tabla N° 5: ¿Cómo tratar en el plano frontal.

MORDIDA ABIERTA ANTERIOR	<ul style="list-style-type: none"> • Diagnóstico de hábito • Reeducción de hábito • Motivación de padres y paciente
---------------------------------	--

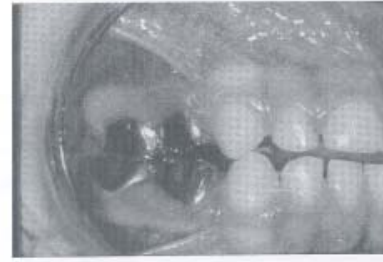
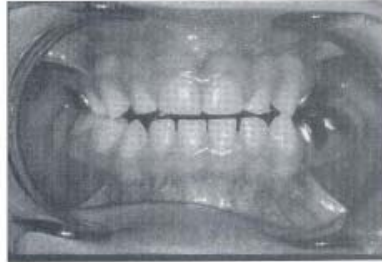
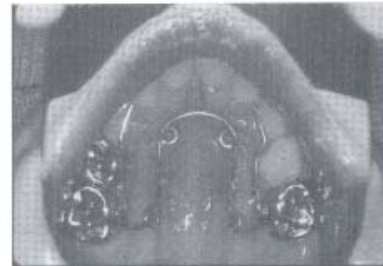
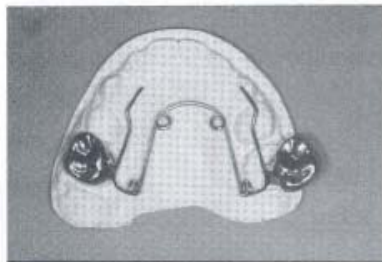
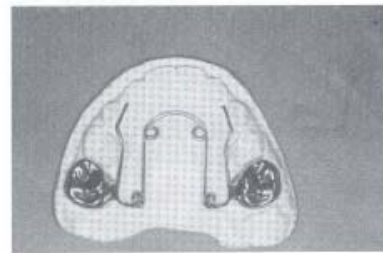
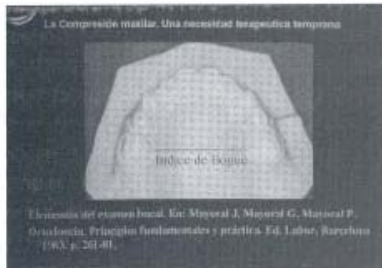
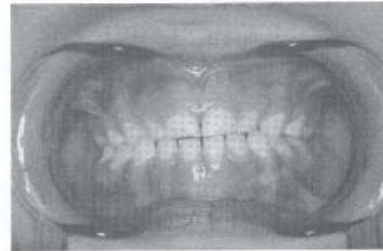
Tabla N° 6: Cómo tratar en el plano vertical

MORDIDA CRUZADA POSTERIOR	<ul style="list-style-type: none"> • Eliminación de interferencias. (Desgaste selectivo) • Ortodoncia interceptiva (Aparato removible) • Ortodoncia interceptiva. (Aparato fijo)
----------------------------------	---

Tabla N° 7: Cómo tratar en el plano transversal.

APARATOS FIJOS	<ul style="list-style-type: none"> • Placa de expansión. • Placa con resorte de cofin.
APARATOS REMOVIBLES	<ul style="list-style-type: none"> • Quad-Helix. • Hexahelix • Férula expansora adherida con acrílico • Expansor de Hilgers • Placa de Haas • Disyuntor de Monti

Tabla N° 8: Aparatología fija y removible usada en ortodoncia interceptiva.



Secuencia de caso clínico: mordida cruzada posterior y aparatología usada en dentición temporaria.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

Font J. Consideraciones clínicas acerca del tratamiento temprano. Rev. Esp. Ortod. 2000; 30:257-63.

- Mayoral P, Ortodoncia preventiva y ortodoncia interceptiva. En: Mayoral G. Ficción y realidad en ortodoncia. España, Aguirom, 1998. p. 23-42.
- Escobar F. Ortodoncia preventiva e interceptiva en odontología pediátrica. En: Escobar P. Odontología pediátrica. Santiago de Chile. Editorial universitaria, 1991; p. 337-406.
- Da Silva Filho O y cols. Correction of posterior crossbite in the primary dentition. J Clin Pediatr Dent. 2000; 24(3); 165-80.
- Bassigny F. Plan de tratamiento en ortodoncia. En: Bassigny F. Manuel d'orthopédie dento-faciale. Paris; Masson. 1982. p. 129-1331.
- Van der Linden. Relationships between the Development of the dentition and facial growth. En: Van der linden. Facial growth and facial orthopedics. Chicago; Quintessence publishing Co, 1989; p. 105-53.
- Hotz R. Causa y desarrollo de las anomalías de oclusión y posición. En: Hotz R. Ortodoncia en la práctica diaria. Barcelona, Editorial científico médica, 1974; p. 11-36
- Pinkham J.P. Tratamiento ortodáncico en dentición primaria. En: Pinkham J.P. Odontología pediátrica. México, Interamericana Mcgraw-hill,1996. p. 383-89.
- Moyers R. Etiología de la maloclusión. En: Moyers R. Tratado de ortodoncia. México, Editorial Interamericana S.A., 1960; p. 101-12.
- Sim J. Reconocimiento de los patrones anormales de los arcos. En Sim J. Movimientos dentarios menores en niños. Argentina: Editorial mundi, 1980; p. 49-76
- Koch G,. Alteraciones del desarrollo y de la función oclusal. En: Koch G, Odontopediatría "enfoque clínico". Argentina; Editorial Médico Panamericana. 1994, p. 209-24.
- Duran Von Anx J. Control de hábitos en el paciente infantil una responsabilidad pendiente en Odontoestomatología. Profesión Dental. 2000:1(3): 47-48.
- Deblock L y cols. Diagnosis, treatment and prognosis of functional laterodesviation during y growth. Rev. Orthop Dento Faciale.1998: 3(1).
- Solano E, Mendoza A. Tratamiento temprano de la maloclusión. En: Barbería E, Odontopediatría. Barcelona; Masson 1995. p. 367-97.
- Soler I. Ortodoncia en la dentición temporal. En: Manual de odontología (sección 11). Barcelona: Masson- Salvat; 1995. p. 1286-315.
- Machuca C, Martínez f. Diagnóstico precoz y actitud terapéutica ante una mordida cruzada posterior funcional. Rev Eur Odontoestomatol 1999: 11(2); 107-10.
- Muelas L, Moreno JP, Barbería E, Lara F. Etiología de la interposición lingual. Odontología Pediátrica, 1992; 261.
- Planells P y cols. Maloclusiones en dentición temporal. Odontología Pediátrica 1993: 2(2); p.78-82.
- Bustamante M, Gallegos L, Reeduación de Hábitos en el paciente pediátrico. Clínica al día 2002:3;171-82
- Barnett E. Teoría oclusal en Odontopediatría. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana, 1978.
- Araque D. Ortopedia Funcional. Caracas, 1998.
- Canut, J. A. Ortodoncia Clínicas y Terapéuticas. 2da. Edición, Editorial Masson. 2000.
- Moyers , R.E.. Tratamiento Temprano. Manual de Ortodoncia. Editorial Médica Panamericana. Buenos Aires.(1992).
- Solano, E. Mendoza A. Tratamiento Temprano de la Maloclusión. Odontopediatría. Editorial Masson. Barcelona (1995).
- Canut, J.A. Ortodoncia Clínica. Editorial/ Salvat. 1999.

Graber T .M. Ortodoncia. 3era. Edición Editorial Interamericana.

Pinchan J.R. Odontología Pediátrica. Editorial Interamericana, 1991 Mc Graw Hill.