



## CUANDO Y INICIAR UN TRATAMIENTO DE ORTODONCIA Y/O ORTOPEDIA MAXILAR.

Una de las principales dificultades al planificar los tratamientos de ortodoncia y/o ortopedia maxilar es decidir el momento en el que iniciar la terapia, sobre todo cuando trabajamos con niños en proceso de crecimiento y desarrollo. La conducta sobre el particular ha variado con el transcurso de los años, ya sea por la universalización del conocimiento de nuevas técnicas o por nuevos hallazgos en investigaciones recientes sobre el tema.

Creo que la difusión de las diferentes filosofías (americana y europea principalmente) han permitido observar a los especialistas que algunos criterios tomados en cuenta por las diferentes escuelas brindan alternativas terapéuticas que en determinada época resultaban insospechadas. Esta "fusión" de técnicas ha permitido al ortodoncista actual contar con una amplia gama de alternativas terapéuticas, en algunos casos indicadas para niños de corta edad.

Al realizar un estudio sobre la variación por edad de los pacientes que asisten a la consulta de ortodoncia en el Perú actualmente, nos encontramos con valores realmente sorprendentes. Sobre una muestra de 1,000 pacientes de diferente sexo encontramos que el 41.5% corresponden al rango de 11 a 20 años mientras que el 38.7 % corresponden al rango de 1 a 10 años. Esto no hace más que confirmar la tendencia de los pacientes a requerir los servicios del ortodoncista en edades muy tempranas, produciéndose una variación de la tendencia a no realizar tratamientos de ortodoncia en pacientes menores de 12 años.(1)

Estos hallazgos no hacen sino confirmar la responsabilidad de los odontopediatras en el diagnóstico precoz de las disarmonías dentomaxilofaciales. Sobre el tema opino que es responsabilidad de los ortodoncistas capacitar a los odontólogos generales y especialmente a los odontopediatras en criterios básicos del diagnóstico que les permita reconocer las más incipientes maloclusiones para poder tratar o derivar a



# DE LA FLOR ODONTOLOGÍA

los pacientes, de ser necesario, minimizando las consecuencias que podría acarrear la demora en el inicio del tratamiento.

Por ejemplo un pseudoprogнатismo (retroposición del maxilar superior con normoposición del maxilar inferior) tratado precozmente puede evitar el desarrollo de severas disarmonías faciales. No debemos dejar que una mala relación de las piezas dentarias en el sector anterior desencadene posturas inadecuadas de la mandíbula que traeran como consecuencia un crecimiento alterado de la rama y / o el cuerpo mandibular. Un pseudoprogнатismo no tratado a tiempo puede llevar a una progenie verdadera solo corregible por la vía quirúrgica. Este es un ejemplo que demuestra que el diagnóstico temprano de determinadas maloclusiones puede actuar previniendo el desarrollo de maloclusiones más severas.

Lógicamente no todas las maloclusiones pueden ser tratadas precozmente con éxito por lo que un adecuado conocimiento del diagnóstico en ortodoncia resulta indispensable para la toma de decisiones en lo que se refiere al inicio de la terapia.

A su vez esfuerzos universales por simplificar el diagnóstico se han estrellado con las limitaciones evidentes que significa evaluar estructuras inmersas dentro de un complejo proceso de crecimiento y desarrollo. Sobre este tema es interesante observar como los sistemas de computación procuran obtener "diagnósticos computarizados" mediante el uso de la cefalometría.

Sobre el particular Graber escribe: "...Desafortunadamente ningún especialista es capaz de enviar una teleradiografía lateral y obtener la misma información, y tal vez tampoco relacionen esta con todos los datos disponibles procedentes de otros criterios. De nuevo, es necesario que evitemos depender excesivamente de la teleradiografía lateral bidimensional para adoptar decisiones diagnósticas ...Es posible medir y comparar el gran número de aspectos relativos al crecimiento anteroposterior y vertical y las áreas específicas del complejo craneofacial...No obstante no debemos perder de vista que existe una gran variedad de tipos faciales y que la medición de la tendencia central no aporta la mejor información para un paciente específico."

Esto no hace más que confirmar que la cefalometría es un importante auxiliar del diagnóstico en ortodoncia, pero por sí sola es incapaz de brindar los elementos de juicio necesarios para un diagnóstico, y menos para plantear un plan de tratamiento.



# DE LA FLOR ODONTOLOGÍA

El beneficio que indudablemente nos ofrece la computadora es el de ordenar la información y poder de esta forma hablar de tendencias o direcciones en el crecimiento las cuales son relacionadas con los valores que con mayor porcentaje se encuentran en grupos étnicos determinados. No es posible establecer relaciones entre muestras recogidas de poblaciones racialmente diferentes; ya nadie acepta la utilización de valores "promedio" para poblaciones enteras, y menos la de los peruanos que desde el punto de vista antropológico e histórico proviene de orígenes tan disímiles como el oriente, el África y Europa, por citar los más conocidos.

Lamentablemente lo complejo del crecimiento dentomaxilofacial, así como lo variado de nuestras razas y su mestizaje, hacen que estos esfuerzos resulten muchas veces estériles teniendo que finalmente recurrir a nuestros propios conocimientos para complementar la información recogida mediante los auxiliares de diagnóstico (Rx, modelos, fotos, exámenes clínicos, etc) y luego de amalgamar esta información poder establecer un Diagnóstico.

Lo cierto es que antes de pensar en la utilización de alguna terapia tenemos la obligación de identificar claramente los factores etiológicos, morfológicos y funcionales de la maloclusión de modo que se aplique la terapia ideal para la maloclusión que se nos presenta. Nos referimos a una terapia ideal, tomando en cuenta un principio elemental de costo-tiempo-beneficio, para el paciente.

Con fines didácticos vamos a recordar la tradicional clasificación que del tratamiento ortodóncico se utiliza:

- **Ortodoncia Preventiva:** Todo acto ortodóncico y / o odontológico que evita el desarrollo de una maloclusión.
- **Ortodoncia Interceptiva:** Todo acto ortodóncico y / o odontológico que luego de identificar una alteración en el desarrollo de los arcos dentarios actúa para evitar una maloclusión. Se realiza básicamente durante el proceso de recambio dentario en la dentición mixta.
- **Ortodoncia Correctiva:** Es aquella que utilizando los diferentes medios terapéuticos activos modifica la posición de las piezas dentarias en busca de una "oclusión ideal".

Esta didáctica clasificación del tratamiento puede servir como orientación al odontopediatra para reconocer el momento adecuado en el cual iniciar una terapia o derivar el paciente al especialista.



# DE LA FLOR ODONTOLOGÍA

Me parece de suma importancia la capacitación del odontopediatra en el diagnóstico precoz de las maloclusiones ya que son ellos quienes mantienen el primer contacto con el paciente en sus consultorios. Es por ello que quisiera mencionar algunas evidencias clínicas que nos permitirían reconocer potenciales generadores de disarmonias dentomaxilofaciales.

## **USO INADECUADO DE CHUPONES O TETINAS**

Debemos indicar a los padres del recién nacido el uso de chupones ortodéuticos, que favorezcan el normal desarrollo de los maxilares y la musculatura perioral. Sobre el uso de chupones o pacificadores debemos recomendar que su uso se limite a los primeros años puesto que la persistencia del "hábito" de usar chupón podría alterar la posición de las piezas dentarias y los maxilares.

## **SUCCION DIGITAL**

Uno de los hábitos más frecuentes, entre los que destaca la succión del dedo pulgar. De persistir durante los primeros años podría producir alteraciones en el proceso de crecimiento y desarrollo del maxilar superior así como en la posición, distal y/o divergente, del maxilar inferior. Asimismo de persistir el hábito hasta la etapa de recambio dentario el daño sobre la posición de las piezas permanentes podría ser solo tratable con ortodoncia correctiva.

## **INTERPOSICION LINGUAL**

Hábito por el cual el niño coloca constantemente la lengua entre los incisivos. Muchas veces asociado a la ausencia de contacto adecuado entre los incisivos. La interposición lingual puede ser consecuencia de la persistencia de la deglución infantil y es conocida como deglución atípica. En esta el niño no coloca la punta de la lengua en la zona de las rugas palatinas (detrás de los incisivos superiores) originando una presión de la lengua hacia adelante al momento de deglutir. Muchas veces este hábito es diagnosticado con la aparición de diastemas interproximales como consecuencia de este hábito y el inicio del deterioro de la salud periodontal.

## **SUCCION LABIAL**

Frecuentemente del labio inferior en casos de discrepancias sagitales de los maxilares, lo que se manifiesta clínicamente con un aumento exagerado del sobrepase horizontal (overjet). Se manifiesta clínicamente por una hipertrofia de los músculos periorales al momento de deglutir. Este hábito produce la protrusión de los incisivos superiores así como la lingualización de los inferiores y en algunos casos (los más severos) origina distoposiciones severas del maxilar inferior.



# DE LA FLOR ODONTOLOGÍA

## POSTURAS INADECUADAS DE LA MANDIBULA

- a) En el plano sagital: Cuando por postura la mandibula se ubica delante del maxilar superior dando la apariencia de una progenie (prognatismo). Esto es conocido como " Progenie Postural", ya que al reposicionar la mandibula en los ninos, teniendo en cuenta la conformacion plana de la articulacion temporomaxilar, logramos revertir esta relacion discrepante. Muchas veces un contacto prematuro de las piezas anteriores genera un efecto de plano inclinado que desplaza la mandibula hacia delante.
- b) En el plano transversal: Conocido como laterodesviacion postural. Al igual que en el caso anterior al manipular la mandibula logramos una posicion de centricidad. Tambien se debe a contactos prematuros (sobre todo de los caninos temporales) asi como a lesiones cariosas no tratadas las cuales al generar dolor al masticar hacen que el nino como mecanismo de defensa evite masticar con el lado afectado, habituandose a morder de un lado.
- c) En ambos planos: Son las progenies posturales con laterodesviacion.

Cabe mencionar que cuando estos casos no son tratados a edad temprana el proceso de crecimiento y desarrollo continua dandose pero con una relacion intermaxilar inadecuada produciendo por tanto alteraciones en el crecimiento de las estructuras dentomaxilofaciales.

## RESPIRACION ORAL

Resulta de la alteracion en la permeabilidad de las vias aereas altas. Esta alteracion puede obedecer a procesos patologicos ,como adenoides o amigdalitis, o a procesos de tipo alergicos, como la rinitis. Lo cierto es que el nino al encontrar dificultad al momento de respirar por la nariz se habitua a respirar por la boca originandose el sindrome de la respiracion oral. Asi se conoce al conjunto de signos y sintomas que se encuentra en estos pacientes. Para lograrar la permeabilidad de las vias aeres el paciente abre la boca y la posicion de la lengua se hace baja. Como consecuencia el equilibrio funcional del sistema labio - carrillo - lengua se rompe ; los carrillos realizan una presion centripeta (hacia dentro) pero no encuentran la fuerza opositora de la lengua, que esta baja, generandose en muchos casos una compresion bilateral, o unilateral en el mejor de los casos, del maxilar superior. Al igual que los casos anteriores el factor etiologico debe ser tratado antes de iniciar una terapia ortodontica.

Como podemos observar la labor del odontopediatra en el diagnostico precoz de las maloclusiones es sumamente importante; mas aun si comprendemos que un mal hábito no tratado a tiempo puede traer transtornos irreversibles en el proceso de crecimiento y desarrollo de las estructuras dentomaxilofaciales



# DE LA FLOR ODONTOLOGÍA

- (1) Trabajo realizado en el Centro para la Investigación de las disarmonias dentomaxilofaciales. 1997 Lima -Peru  
Autores: Dr. Pedro Marotta Camoriano y Dr. Rodolfo de la Flor Calderon.
- (2) "Las perspectivas de la Cefalometria. Cual es su futuro? Thomas Graber  
Capitulo del Manual de Cefalometria. Dr. Aguilar