



Viernes 14 de febrero de 2020

Seminario:

¿Qué debe saber el pediatra de AP sobre erupción y oclusión dentarias en el niño?

Ponentes/monitores:

- **Margarita Varela Morales**
Unidad de Ortodoncia.
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.
- **Pablo García-Camba Varela**
Unidad de Ortodoncia.
Hospital Universitario Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

Textos disponibles en
www.aepap.org

¿Cómo citar este artículo?

Varela Morales M, García-Camba Varela P. Qué maloclusiones deben empezar a tratarse en dentición temporal y mixta (de los 6 a los 11 años). En: AEPap (ed.). Congreso de Actualización Pediatría 2020. Madrid: Lúa Ediciones 3.0; 2020. p. 147-151.



Comisión de Formación Continua
de los Profesionales Sanitarios de
la Comunidad de Madrid

Qué maloclusiones deben empezar a tratarse en dentición temporal y mixta (de los 6 a los 11 años)*

Margarita Varela Morales

Unidad de Ortodoncia. Hospital Universitario
Fundación Jiménez Díaz. Madrid.
memoriavarela@gmail.com

Pablo García-Camba Varela

Unidad de Ortodoncia. Hospital Universitario
Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

RESUMEN

Las maloclusiones exclusivamente dentarias que no se asocian con alteraciones esqueléticas por lo general pueden tratarse una vez completado el recambio dentario, en la adolescencia o incluso en la vida adulta, aunque con el paso de los años tienden a agravarse y a favorecer los problemas articulares, periodontales y el desgaste dental. Sin embargo, hay maloclusiones que deben tratarse precozmente, en dentición temporal o mixta y básicamente son: 1) las que se asocian con alteraciones esqueléticas vinculadas al crecimiento o posición del maxilar, la mandíbula o ambos y 2) las que, de no tratarse a tiempo, resultan más difíciles de resolver, producen complicaciones, o tienen repercusiones funcionales o psicológicas.

INTRODUCCIÓN

La posibilidad de tratar maloclusiones en personas de todas las edades es una realidad incontrovertible que se ha impuesto definitivamente en las sociedades occidentales, donde la llamada "ortodoncia del adulto" ha crecido de forma exponencial en la última década. En este tiempo se han incorporado a los procedimientos terapéuticos de los ortodoncistas nuevos dispositivos cada vez más eficientes y aceptables para el sujeto adulto, a la vez que se ha ido consolidando la idea de que una adecuada oclusión y una

*El presente texto es idéntico al de la edición del 16.º Congreso de Actualización en Pediatría 2019, según indicaciones expresas de los autores.

sonrisa armónica son fuente de salud oral y general y tienen efectos biopsicosociales positivos a lo largo de toda la vida del individuo. Así la ortodoncia ha dejado de ser una forma de tratamiento reservada “exclusivamente” para los niños y adolescentes y se está normalizando la imagen de personas mayores, incluso de edad avanzada que, en nuestro entorno y a través de los medios de comunicación, muestran sus aparatos de ortodoncia con la naturalidad de quienes llevan gafas o lentillas.

Ese hecho hace que muchos pediatras, e incluso algunos profesionales de la odontología no expertos en ortodoncia, se pregunten qué ventajas tiene tratar en la infancia maloclusiones que podrían resolverse igualmente en la adolescencia o incluso en la vida adulta. Argumentan en ese sentido que el niño es menos responsable con respecto a su higiene y al grado de cumplimiento con el uso de los aparatos y los retenedores postratamiento, con el consiguiente mayor riesgo de recidiva.

Es cierto que un buen número de maloclusiones son perfectamente tratables a cualquier edad dado que los dientes, en un entorno periodontal controlado, conservan su capacidad de ser desplazados durante toda la vida del individuo. Entonces ¿por qué los ortodontistas recomiendan empezar a tratar algunas maloclusiones cuando el niño apenas ha cumplido los 6 o 7 años? Los pediatras deben conocer en qué casos es necesario un tratamiento ortodóncico precoz para aconsejar adecuadamente a los padres en un momento como el actual en que existe bastante confusión y controversia al respecto.

MALOCLUSIONES Y DEFORMIDADES DENTOFACIALES QUE SE BENEFICIAN DE UN TRATAMIENTO PRECOZ

Como guía práctica para el pediatra, las maloclusiones y alteraciones del crecimiento maxilofacial que deben abordarse en el periodo de dentición mixta, es decir, de los 6 a los 11 años, serían aquellas que, en caso de retraso en el tratamiento:

- Resultarían intratables con los medios convencionales o exigirían modalidades terapéuticas más agresivas (por ejemplo, cirugía ortognática).

- No sería posible obtener resultados igualmente buenos.

- Podrían desarrollar complicaciones.

¿Y cuáles son esos problemas?

Compresión transversal del maxilar con o sin mordida cruzada: paladar ojival

La compresión transversal del paladar, si no se resuelve a tiempo, comporta riesgo de daño en las ATM, aunque los síntomas de disfunción temporomandibular no se suelen manifestar antes de la adolescencia.

El desarrollo de estas compresiones tiene mucho que ver con la obstrucción crónica de la vía respiratoria superior en la primera infancia por la presencia de adenoides hipertroficadas, alergias o, más raramente, otras causas, existiendo una relación bidireccional entre ambas alteraciones: por una parte la obstrucción de la vía respiratoria favorece la falta de desarrollo transversal del maxilar, pero también se sabe que la expansión del paladar mediante aparatos ortopédicos, al modificar el entorno anatómico, mejora la permeabilidad de la vía respiratoria superior.

La sutura palatina media es una estructura tanto más susceptible de ser abierta cuanto más pequeño es el niño ya que, como otras suturas, se va osificando a medida que se consolida el desarrollo puberal. Por tanto, es muy recomendable resolver las compresiones del paladar, más aún si se acompañan de mordida cruzada, lo más pronto posible a partir de los 6 años, preferiblemente cuando ya han erupcionado los primeros molares superiores que sirven de apoyo a algunos de los aparatos ortopédicos de expansión más eficaces.

Maloclusiones asociadas con crecimiento maxilofacial disarmónico

Muchas maloclusiones dentarias se dan en el marco de relaciones esqueléticas maxilofaciales totalmente normales y las resolvemos sin tener que modificar el

crecimiento o la posición del maxilar y la mandíbula, por lo que podrían tratarse una vez concluido el desarrollo de los maxilares incluso en la vida adulta. Sin embargo, otras maloclusiones se asocian o son secundarias a alteraciones anatómicas del maxilar, la mandíbula o de sus relaciones.

El ortodoncista dispone de aparatos “ortopédicos” que son capaces de influir sobre algunas de esas alteraciones esqueléticas anatómicas y posicionales (funcionales) de los huesos maxilofaciales con mayor o menor eficacia, pero esa eficacia –no siempre tan grande como nos gustaría– disminuye en muchos casos a medida que progresa el crecimiento.

Prognatismos y pseudoprogatismos mandibulares

Los prognatismos mandibulares verdaderos –las mandíbulas grandes– responden mal o no responden en absoluto a la acción de los aparatos de ortopedia dento-facial como son las mentoneras, aunque se utilicen precozmente, y en los casos más graves hay que recurrir a la cirugía ortognática una vez finaliza el crecimiento.

Sin embargo, los prognatismos mandibulares con frecuencia no son tales, es decir no se caracterizan por una mandíbula excesivamente grande sino más bien por un maxilar pequeño en sentido anteroposterior. En realidad, son hipoplasias maxilares con mandíbula normal que producen un perfil facial fácilmente confundible con el del prognatismo mandibular verdadero. Las hipoplasias maxilares responden por lo general bien, o al menos mejoran mucho, con los aparatos ortopédicos de tracción maxilar como la máscara facial y sus derivados. Estos aparatos pueden empezar a usarse ya en el periodo de dentición mixta precoz, en torno a los 6 o 7 años.

También es frecuente que ambos maxilares, superior e inferior, sean de tamaño normal y lo que exista es una alteración posicional con desplazamiento anterior de la mandíbula, cuyos cóndilos adoptan una posición anormal en sus respectivas fosas, haciendo que el niño tenga un perfil facial de aspecto prognático sin serlo realmente.

Las mentoneras son muy útiles para reposicionar mandíbulas desplazadas que con frecuencia han condicionado una mordida cruzada anterior (los incisivos inferiores ocluyen por delante de los superiores), sobre todo cuando el paciente es un niño de pocos años. Con las mentoneras, cuando se manejan bien, se consigue la normalización de la oclusión y cambios muy favorables del perfil facial. Por supuesto en estos casos debidos a desplazamientos anormales hay que actuar también sobre la causa que los ha originado, como por ejemplo la interferencia de un diente, un hábito anormal, unas amígdalas grandes, etc.

En resumen:

- Los prognatismos significativos por exceso de tamaño de la mandíbula responden mal incluso a los tratamientos precoces.
- Los pseudoprogatismos secundarios a hipoplasia maxilar con mandíbula de tamaño normal responden bien a la tracción anterior del maxilar con máscaras faciales que están indicadas en las etapas iniciales de la dentición mixta.
- Los pseudoprogatismos funcionales con maxilares de tamaño normal pero secundarios a desplazamientos anómalos de la mandíbula responden bien cuando se actúa además sobre su causa y deben tratarse cuanto antes, incluso en dentición temporal (antes de los 6 años).

Retrognatia e hipoplasia mandibular

La actuación del ortodoncista en los niños con hipoplasia o retroposición de la mandíbula suele ser más eficaz al comienzo del brote de crecimiento puberal, en torno a los 10-11 años en las niñas y 11-12 en los niños. No obstante, el momento óptimo para tratar las hipoplasias mandibulares es uno de los aspectos más controvertidos en ortodoncia, ya que este problema óseo se asocia con alteraciones en la disposición de las arcadas y en las posiciones individuales de los dientes cuyo tratamiento precoz también hay que tener en cuenta por otras razones de carácter preventivo, estético, psicológico, etc. En

efecto, el gran resalte que se asocia con las mandíbulas pequeñas o retroposicionadas propicia el hábito de interposición labial y lingual que a su vez se retroalimenta incrementando el resalte. Un resalte aumentado, además, es la causa más común de traumatismos dentales a veces muy graves. Por otra parte, el tratamiento ortodóncico de las hipoplasias y retroposiciones mandibulares, al mejorar el volumen de la vía respiratoria superior, reduce el riesgo de que estos niños desarrollen apnea obstructiva del sueño, una razón más para que el ortodoncista les estudie y vigile estrechamente a fin de decidir el momento adecuado para iniciar su tratamiento ortopédico.

Hay que señalar que la respuesta a los aparatos que favorecen el avance de la mandíbula (llamados funcionales) va a depender no solo del momento de crecimiento del niño, sino también de su biotipo facial y potencial de crecimiento mandibular. En niños con patrones de crecimiento facial horizontal (“caras cortas”) la respuesta suele ser mucho mejor que en aquellos con biotipos dolicofaciales (“caras largas”).

Mordidas abiertas

Algunas mordidas abiertas son de carácter esquelético, secundarias a una morfología muy vertical de la mandíbula que crece hacia abajo y hacia atrás condicionando una cara muy alargada y, como consecuencia, la inoclusión anterior de los dientes. Esas mordidas abiertas esqueléticas, si son muy graves, no van a poder resolverse más que con cirugía ortognática.

Sin embargo, un buen número de casos de mordidas abiertas dentarias se deben no tanto a un crecimiento mandibular desfavorable, sino a determinados hábitos de interposición labial, o sobre todo lingual, que en mayor o menor medida pueden ser interceptados a edades tempranas.

Cuando la mordida abierta se debe a un hábito de interposición lingual hay que valorar:

- El tamaño de las amígdalas, que cuando son muy hipertróficas pueden obligar a la lengua a desplazarse hacia adelante abriendo la mordida.

- La arquitectura del paladar, que si es muy estrecho no permite que la lengua se aloje en él, lo que mantiene el hábito de deglución infantil.

Al tratarse de problemas de falta de capacidad, la reeducación lingual no puede ser eficaz mientras la lengua no recupere su espacio fisiológico en el paladar. El comprender la fisiopatología de la mordida abierta en esos casos y actuar sobre la verdadera causa es fundamental para resolver el problema con éxito.

Maloclusiones que, de no tratarse precozmente, podrían condicionar complicaciones

Maloclusiones con marcado desplazamiento anterior de los incisivos superiores

Muchas maloclusiones caracterizadas por protrusión marcada de los dientes anteriores no asociada con disarmonía esquelética (el niño no presenta prognatia maxilar, retrognatia mandibular ni una combinación de ambas) podrían tratarse a cualquier edad, incluso en la vida adulta, y así lo dejan claro las revisiones y metaanálisis más rigurosos que se han realizado. Sin embargo, también se ha demostrado que esas maloclusiones comportan un gran riesgo de traumatismos dentarios (como cualquier disgnatia que se asocie con aumento del resalte) y además condicionan trastornos psicológicos con pérdida de autoestima, acoso escolar, etc. Los traumatismos dentarios con frecuencia son leves, pero en ocasiones son graves, dando lugar a fracturas importantes y avulsiones que exigen tratamientos complejos y no siempre exitosos que condicionan la salud oral del paciente durante muchos años. Por todo ello se aconseja resolver cuanto antes el problema reduciendo la distancia entre los incisivos superiores y los inferiores, aunque sea solo parcialmente, y completar el tratamiento una vez haya finalizado el recambio (una primera fase se realizaría en torno a los 8 o 9 años y la segunda cuando prácticamente se ha completado el recambio dentario). Esa reducción del resalte también tiene un efecto favorable para controlar los hábitos que lo automantienen.

Trastornos de la erupción

Muchos trastornos de la erupción no presentan síntomas definidos sino solo retrasos localizados en el recambio dentario o modificaciones en la secuencia eruptiva normal y solo pueden detectarse si se sospechan y se confirman radiográficamente. En este sentido y, al igual que se hace de forma sistemática en algunos países, sería aconsejable realizar una radiografía panorámica de cribado en todos los niños en torno a los 9 años, ya que el diagnóstico precoz de las alteraciones del número y la erupción de los dientes facilita mucho su manejo y la prevención de complicaciones. El manejo precoz de las alteraciones eruptivas muchas veces no exige la utilización de aparatos, sino simplemente la administración juiciosa de algunos procedimientos que “guían” la erupción por medio, por ejemplo, de extracciones seriadas de dientes temporales.

Los trastornos eruptivos pueden ser hereditarios. Tal es el caso de los caninos incluidos en el paladar, que afectan aproximadamente al 2% de la población y se asocian con otros problemas dentarios como las agenesias, con los que comparten una genética común. La existencia de esos mismos problemas en otros miembros de la familia aumenta el índice de sospecha. Las impactaciones adquiridas guardan relación con deter-

minadas patologías, como traumatismos previos en los dientes antecesores temporales, pero también con quistes, dientes supernumerarios, etc.

El pediatra debería estar familiarizado con el proceso de erupción normal de los dientes y ser capaz de diferenciar dientes temporales de permanentes a fin de contribuir al diagnóstico precoz de los trastornos eruptivos.

BIBLIOGRAFÍA

1. Zere E, Chaudhari PK, Sharan J, Dhingra K, Tiwari N. Developing Class III malocclusions: challenges and solutions. *Clin Cosmet Investig Dent*. 2018;10:99-116.
2. Batista KBSL, Thiruvenkatachari B, Harrison JE, O'Brien KD. Orthodontic treatment for prominent upper front teeth (Class II malocclusion) in children and adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2018, Issue 3. Art. No.: CD003452. DOI: 10.1002/14651858.CD003452.pub4.
3. Xiang M, Hu B, Liu Y, Sun J, Song J. Changes in airway dimensions following functional appliances in growing patients with skeletal class II malocclusion: A systematic review and meta-analysis. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. 2017;97:170-80.

