



**Viernes 13 de febrero de 2009**  
**Seminario:**  
**“Actualización**  
**en Odontopediatría”**

**Moderadora:**

Eva Escribano Ceruelo

Pediatra. CS Barcelona. Área 8. Madrid.

**Ponente/monitora:**

■ Margarita Varela Morales

Jefe de la Unidad de Ortodoncia.

Fundación Jiménez Díaz. Madrid.

**Textos disponibles en**  
**[www.aepap.org](http://www.aepap.org)**

**¿Cómo citar este artículo?**

Varela Morales M. El tratamiento precoz en Ortodoncia. En: AEPap ed. Curso de Actualización Pediatría 2009. Madrid: Exlibris Ediciones; 2009. p. 333-6.

## El tratamiento precoz en Ortodoncia

**Margarita Varela Morales**

*Jefe de la Unidad de Ortodoncia. Fundación Jiménez Díaz. Madrid.*

*[mvara@fjd.es](mailto:mvara@fjd.es)*

¿Está justificado comenzar un tratamiento de ortodoncia lo más pronto posible en cuanto se detecta una maloclusión? ¿No sería mejor esperar para comprobar si la naturaleza resuelve el problema de manera espontánea?

Esta es una cuestión que se plantean con frecuencia padres y pediatras, cuya respuesta no es ni única ni simple. Al igual que alargar innecesariamente un tratamiento de ortodoncia por haberlo comenzado de forma prematura, lo encarece y puede provocar incluso “yatrogenia por exceso”, tampoco se debe privar al paciente de los posibles beneficios de un tratamiento precoz necesario, por ignorancia del profesional a quien la familia ha consultado<sup>1</sup>.

Existe una gran controversia sobre el momento ideal en que deben comenzarse los tratamientos de ortodoncia y, de hecho, muchos dentistas generales sin formación ortodóncica aconsejan no comenzar el tratamiento hasta que se haya producido el recambio completo es decir, a los 12 años. Sin embargo, con ese criterio muchas maloclusiones evolucionan peor, se hacen más difíciles o imposibles de tratar o dan lugar a complicaciones.

A continuación ofrecemos unas pautas prácticas que pueden ayudar al pediatra a conocer las indicaciones más importantes de intercepción o tratamiento precoz de una maloclusión:

**INTERCEPCIÓN DE HÁBITOS QUE HAN PRODUCIDO O PUEDEN PRODUCIR UNA MALOCCLUSIÓN (SUCCIÓN DEL PULGAR, INTERPOSICIÓN LINGUAL, CHUPETE): TRATAMIENTO PRECOZ, SIEMPRE (INCLUSO ANTES DE LOS 6 AÑOS)**

Con aparatos muy sencillos se puede controlar el hábito y reeducar la función. Por ejemplo, una reja lingual permite cerrar mordidas abiertas incipientes en el periodo de dentición temporal o mixta precoz interrumpiendo el círculo vicioso mordida abierta-interposición lingual-mayor mordida abierta-más interposición. El trabajo del foniatra por sí mismo no suele ser suficiente para cerrar las mordidas abiertas y, por el contrario, su capacidad de normalizar la dicción se ve muy dificultada por la inoclusión anterior.

**RESOLUCIÓN DE LAS MORDIDAS CRUZADAS<sup>2</sup> LATERALES: TRATAMIENTO PRECOZ, SIEMPRE**

- a) Mordidas cruzadas por desviación funcional de la mandíbula con anchura del paladar normal.

En estos casos hay que eliminar cuanto antes la causa de esa desviación, que en la mayoría de los casos son interferencias dentarias. Un simple tallado selectivo de los dientes temporales que producen la interferencia responsable de la desviación puede ser suficiente en el periodo de dentición temporal o mixta muy precoz. Para recurrir a la utilización de aparatos expansores en los casos leves se puede esperar a la erupción de los primeros molares.

- b) Mordidas cruzadas por compresión palatina verdadera ("paladar ojival").

Estas maloclusiones transversales nunca se resuelven espontáneamente, sino que se transfieren de la dentición temporal o mixta precoz a la permanente.

En estos casos está indicada la expansión palatina con aparatos expansores lo más pronto posible, y siempre antes de que se haya producido el soldado de la sutura palatina media, pero por lo general se recomienda esperar a que hayan erupcionado los molares de los 6 años. Posponer los procedimientos de expansión a la edad en que ha tenido lugar el recambio completo supone encontrar una mayor resistencia de la sutura, ya parcialmente soldada, y haber mantenido durante más tiempo un entorno muscular desfavorable que hará más probable la recidiva. Además, la expansión precoz ofrece otras ventajas: favorece la respiración nasal y previene la disfunción temporomandibular a medio y largo plazo.

**ABORDAJE PRECOZ DE LOS "PROGNATISMOS" (CLASES III ESQUELÉTICAS): TRATAMIENTO PRECOZ... PERO CON RESERVAS<sup>4</sup>**

Los mal llamados "prognatismos" (o clases III en lenguaje ortodóncico) constituyen un "cajón de sastre" en el que se incluyen problemas funcionales y anatómicos de muy diversa naturaleza que precisan abordajes terapéuticos muy distintos<sup>3</sup>.

A la hora de analizar las indicaciones del tratamiento precoz de estas maloclusiones, hay que diferenciar muy bien dos tipos fundamentales de problemas:

- a) Los **prognatismos de carácter predominantemente funcional**, sin un marcado componente anatómico. En esos pacientes un factor etiológico, –que por lo general corresponde a una interferencia dentaria, un hábito, la protrusión lingual condicionada por ejemplo por una hiperplasia amigdalal, etc.– obliga a la mandíbula a adelantarse y producir un falso prognatismo. Pero la mandíbula es de tamaño normal.

En estos "prognatismos" funcionales el tratamiento precoz es muy eficaz y debe realizarse lo más pronto posible: incluso en dentición temporal o

mixta muy precoz. Se pueden obtener excelentes resultados simplemente eliminando mediante tallado las interferencias dentarias, cuando existan, o con pequeños aparatos removibles adecuadamente diseñados que ejerzan un efecto de "férula de reposición" y/o una mentonera que ejerza una suave fuerza sobre el mentón. Estas fuerzas no tienen prácticamente efectos sobre el crecimiento de los maxilares pero reubican el cóndilo en la fosa y reeducan la musculatura que está manteniendo la mandíbula en una posición de adelantamiento forzado.

- b) Los **prognatismos de carácter anatómico** pueden deberse a hipoplasia maxilar, una mandíbula hiperplásica o una combinación de ambas alteraciones.

En estos la eficacia del tratamiento precoz no está tan clara. Durante muchos años, la filosofía prevalente entre los ortodoncistas con respecto al crecimiento maxilofacial era el paradigma genómico restrictivo de Brodie según el cual, el patrón de crecimiento craneofacial, genéticamente condicionado, se establece cuando el niño tiene 3 meses de edad, permaneciendo inmutable desde entonces. Según este paradigma no sería posible actuar sobre el crecimiento mediante aparatos ortopédicos/ortodóncicos.

En los años 60, Moss propone la teoría de la matriz funcional que revoluciona esos criterios, defendiendo que el patrón de crecimiento puede ser modificado mediante nuestras intervenciones terapéuticas sobre el entorno funcional. Los ortodoncistas más identificados con el paradigma de Moss han defendido la eficacia de la modificación precoz del crecimiento en las clases III mediante protracción del maxilar hipoplásico y, en menor medida, el control de la mandíbula hiperplásica.

Pero ¿qué nos dicen los metaanálisis sobre las propuestas de tratamiento –o abstención tera-

péutica– en los prognatismos? Hay acuerdo general en que conviene corregir cuanto antes el componente funcional que acompaña a las maloclusiones esqueléticas de clase III: expandir el paladar si existe una compresión palatina, mejorar la permeabilidad respiratoria nasal, recomendar la eliminación de las amígdalas hipertróficas si el otorrino lo considera adecuado, y reubicar la mandíbula adelantada con fuerzas suaves.

En los casos de hipoplasia maxilar (los "prognatismos" más frecuentes) no existe acuerdo general sobre la eficacia ni el mejor momento de realizar la protracción del maxilar con máscara facial, aunque por lo general se registran mejores resultados comenzando en el periodo de dentición mixta precoz.

En los prognatismos por hiperplasia mandibular verdadera (menos frecuentes) el tratamiento ortopédico no suele producir buenos resultados. En esos casos lo mejor puede ser abstenerse inicialmente y, cuando ha concluido el crecimiento maxilofacial optar por el camuflaje ortodóncico o la cirugía ortognática en función de la gravedad de la maloclusión.

### **ABORDAJE PRECOZ DE LAS PROGNA- CIAS MAXILARES Y/O RETROGNACIAS MANDIBULARES (CLASES II ESQUELÉTICAS): LA EFICACIA DEL TRATAMIENTO PRECOZ TAMBIÉN ES OBJETO DE DISCUSIÓN**

En general, los tratamientos ortopédicos del maxilar<sup>5</sup> –dirigidos a modificar el crecimiento– pueden resultar útiles cuando se aplican precozmente, en el periodo de dentición mixta; sin embargo, los que actúan sobre la mandíbula tratando de potenciar su crecimiento –los llamados aparatos funcionales– parece que son más eficaces (cuando lo son...) si se colocan en el periodo de aceleración prepuberal del crecimiento. Mientras que no todos los autores confían en la eficacia de los aparatos ortopédicos sobre la alteración esquelética, sí parece existir

acuerdo general en cuanto a la importancia de tratar precozmente las alteraciones dentarias que las acompañan (grandes resaltes con riesgo de fractura dentaria y de autopropagación de hábitos nocivos de interposición labial, sobremordida profunda con posible lesión de la mucosa palatina por los incisivos inferiores, etc...

### **DISPLASIAS ESQUELÉTICAS VERTICALES: MUCHA CONTROVERSI EN CUANTO A LA EFICACIA DE LAS ACTUACIONES PRECOCES**

¿Realmente merece la pena actuar precozmente para tratar de modificar el crecimiento en las mordidas abiertas esqueléticas? ¿No recidivan a la larga estas displasias de "cara extralarga" tirando por la borda todo el esfuerzo del paciente, sus padres y el ortodoncista? Si al final en los casos verdaderamente graves el paciente va a necesitar cirugía ortognática, ¿qué sentido tiene someterle a un tratamiento largo y tedioso desde la primera infancia?

Realmente estas preguntas encuentran en la literatura respuestas controvertidas. Los autores que se muestran más optimistas, recomiendan la aplicación precoz de expansión palatina rápida, mentonera vertical y, si es preciso, extracción de bicúspides para reducir el "efecto cuña". No obstante lo más probable es que los casos más

graves resulten incontrolables o recidivantes.

### **BIPROTRUSIONES DENTARIAS Y GRANDES APIÑAMIENTOS CON MAXILARES NORMALES**

En estos casos se puede posponer el comienzo del tratamiento hasta haberse completado el recambio dentario, pero pueden resultar útiles ciertas medidas preventivas, por lo que conviene que el niño sea visto por el ortodoncista precozmente.

### **PROFILAXIS DE ALGUNOS TRASTORNOS DE LA ERUPCIÓN**

El diagnóstico precoz permite actuar preventivamente evitando muchos casos de inclusión de dientes mediante procedimientos muy sencillos como son las extracciones seriadas o selectivas de dientes temporales para guiar la erupción.

### **CONCLUSIÓN**

Son muchas las situaciones que se benefician de procedimientos terapéuticos precoces en Ortodoncia entre las cuales hemos discutido algunas. Ante la duda, el pediatra debe consultar con un ortodoncista y no aconsejar de forma automática a los padres "Espere usted a que el niño cambie todos los dientes, que luego los tratamientos de ortodoncia se hacen eternos..." Esa puede

### **Bibliografía**

1. Varela M. Indicaciones de la Ortodoncia precoz. ¿Realmente vale la pena el tratamiento temprano de las maloclusiones o debe posponerse la ortodoncia hasta que han erupcionado todos los dientes permanentes? *Cient Dent.* 2006;3:205-18.
2. Petré S, Bondemark L, Söderfeldt B. A systematic review concerning early orthodontic treatment of unilateral posterior crossbite. *Angle Orthod.* 2003;73:588-96.
3. Ngan P. Early Timely Treatment of Class III Malocclusion. *Semin Orthod.* 2005;11:140-5.
4. Jiménez S, Osorio M, Millán B, Díaz de Atauri M. El dentista general y el paciente con "prognatismo". I Parte. *Cient Dent.* 2006;3:9-15.
5. Becker A. Early treatment for impacted maxillary incisors. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2002;121:586-7.