

Ortodoncia interceptiva

MIGUEL ANGEL URÍZAR ARECHAGA

URÍZAR ARECHAGA MA (1988): Ortodoncia interceptiva. *Ortod Esp* 29, 65-67.

Resumen. Los tratamientos interceptivos deben ir precedidos de un buen diagnóstico, para poder así aplicar una terapéutica de elección en cada caso, no olvidando la recuperación funcional, respiratoria y muscular, para obtener una buena estabilidad del mismo.

Palabras Clave: Tratamiento precoz. Rehabilitación funcional.

Summary. *Interceptive treatment must be preceded by a good diagnostic, in order to apply a correct therapy in each case. Functional rehabilitation (respiratory and muscular) could be necessary to achieve a good treatment stability.*

Key Words: Early treatment. Functional rehabilitation.

Correspondencia: Dr. Miguel Angel Urizar Arechaga. María Díaz de Haro 10 bis, Apt. 13-14, 48013 Bilbao (Vizcaya).

Introducción

Podríamos definir la Ortodoncia Interceptiva como aquella que trata las maloclusiones óseo-dentarias en grado mínimo, que de no ser tratadas en su momento podrían derivar hacia maloclusiones más graves que requieren para su tratamiento de técnicas más complejas, que entran dentro del campo de la Ortodoncia Correctiva.

Etiología

A) Factores fisiológicos (Genéticos)

- Esqueléticos:
 - Mordida abierta
 - Clase II
 - Clase III
- Maxilar superior estrecho.
- Lengua anquilosada.
- Amígdalas y/o adenoides.
- Hipoplasias del esmalte.
- Disfunción S.N.C.

B) Factores ambientales

- Lactancia artificial.

— Hábitos nocivos de succión:

- Dedo
- Chupete
- Lengua
- Labio

— Iatrogénicos: Tratamientos inadecuados de

- Ortodoncia
- Prótesis

Formas Clínicas

1. Interferencias oclusales.
2. Mordida cruzada anterior en desarrollo.
3. Mordida cruzada lateral en desarrollo.
4. Diastemas anteriores.
5. Hábitos anormales.
6. Alteraciones funcionales musculares.
7. Prognatismo inferior en desarrollo.

Tratamiento

1. Interferencias oclusales.

1.1. Cuando realizamos la exploración clínica y observamos que existe un pequeño entrecruzamiento entre piezas antagonistas y que ello supone una interferen-

cia de la oclusión en los movimientos mandibulares, practicamos un ajuste oclusal con tallado selectivo.

Esto puede ocurrir en la zona de incisivos o en los segmentos bucales. En el primer caso se produce una mordida cruzada anterior forzada y en el segundo una desviación funcional mandibular en la mayor parte de los casos.

1.2. El tratamiento que realizamos es un tallado de bordes incisales de dientes deciduos (cara palatina en los superiores y cara vestibular en los inferiores) y tallado de cúspides de caninos y/o molares temporales, respectivamente, controlando la oclusión con papel de articular.

Cuando esto no es suficiente recurrimos a la colocación de algún aparato que corrija la anomalía, lo mismo que cuando la interferencia es entre piezas permanentes.

2. Mordida cruzada anterior en desarrollo.

2.1. Pueden ser:

- De un solo diente
- De todo el grupo anterior
- Complicada: Clase III.

Es fundamental, en estos casos, realizar un correcto diagnóstico cefalométrico.

2.2. Tratamiento:

Cuando se trata de uno o dos dientes podemos enseñar al paciente un ejercicio de palanca con un depresor de lengua para que lo realice 10 minutos al día.

Si la mordida cruzada es de todo el grupo anterior o existe un entrecruzamiento mayor de 2 ó 3 mm., colocamos una placa superior con arco de proge y resortes contra los incisivos superiores lingualizados.

Podemos también utilizar aparatología funcional (Frankel, etc.).

3. Mordida cruzada lateral en desarrollo.

3.1. Diagnóstico diferencial entre:

- Desviación funcional mandibular.
- Compresión del maxilar superior:
 - simétrica.
 - asimétrica.

Tipos:

- Unilateral
- Bilateral

3.2. Tratamiento:

Cuando existe una hipoplasia del maxilar superior realizamos una expansión del mismo aumentando la anchura y la profundidad de la arcada dentaria.

Para ello contamos con:

- Placa de expansión de Schwarz.
- Aparatología funcional.
- Quad-Helix.
- Disyunción palatina, en casos más acentuados y que por su complejidad entran dentro del campo de la Ortodoncia Correctiva.

Como aparatología de ayuda utilizamos la mentonera, la placa inferior con reja y en los casos con alteraciones funcionales es de gran ayuda la mioterapia funcional.

4. Diastemas anteriores.

4.1. Diagnóstico diferencial entre:

- «Patito feo» de Broadbent.
- Supernumerarios (mesiodens).
- Frenillo labial.
- Microdoncia absoluta.
- Macrognacia.
- Agenesia de incisivos laterales superiores.
- Incisivos laterales cuneiformes.
- Quistes de línea media.
- Hábitos anormales.
- Herencia.

4.2. Tratamiento:

- «Patito feo» de Broadbent.

Situación transitoria de desplazamiento de los incisivos provocada por la ubicación intraósea de los caninos permanentes, que no requiere en la mayor parte de los casos de ninguna intervención ortodóncica, ya que el proceso eruptivo de dichos caninos soluciona favorablemente el problema.

- Supernumerarios (mesiodens).

Es necesario en estos casos realizar la extracción quirúrgica de los mesiodens incluídos.

- Frenillo labial.

La presencia de un frenillo labial grueso y de implantación baja obliga a su frenectomía, con disección de las fibras que se insertan en la papila incisiva. Existe una controversia entre diferentes autores, siendo unos partidarios de la intervención quirúrgica y otros de esperar a la erupción de los caninos superiores. Dependerá además, de la dimensión del diastema y del momento de la erupción dentaria.

- Microdoncia.

Es discutible la colocación de la prótesis fija, por imperativos de la estética, por las dificultades de adaptación de la misma y los problemas de la higiene.

Cuando el diastema anterior persiste, aún después de haber realizado las pautas terapéuticas anteriormente descritas, recurrimos al tratamiento ortodóncico mediante aparatología fija, colocando posteriormente una retención fija para evitar la recidiva.

5. Control de hábitos anormales.

5.1. Como pueden ser:

- Disfunción respiratoria.
- Deglución anormal.
- Posición postural lingual baja.
- Hábitos de succión.
- Problemas del labio.

5.2. Tratamiento:

Ha de ser etiológico, funcional, mioterápico y ortodóncico.

- Disfunción respiratoria.

Adenoidectomía y/o amigdalectomía en los casos en que estén indicadas.

Rehabilitación respiratoria.

- Deglución anormal.

Formas clínicas de maloclusión:

- Deglución anterior simple.
- Deglución anormal lateral y anterior.

- Mordida abierta anterior.
- Protrusión bimaxilar.
- Maloclusión de Clase III:
 - Pseudo Clase III
 - Clase III verdadera
 - Clase III y mordida abierta
- Mordida cubierta.
- Mordida abierta unilateral.
- Mordida abierta bilateral.
- Mordida abierta total.
- Mioterapia funcional y tratamiento ortodóncico.
- Posición baja de la lengua en reposo.
- Mioterapia funcional lingual.
- Tratamiento ortodóncico:
 - Placa inferior con reja.
 - Mentonera
- Hábitos de succión.
- Tratamiento psicológico.
- Mioterapia funcional.
- Tratamiento ortodóncico:
 - Placa superior con reja.
 - Reja lingual fija.
 - Placa con aleta.
 - Parabolios.
- Problemas del labio.
- Mioterapia funcional:
 - Tracción botón.
 - Presión bilabial.
 - Versión forzada del aire.
- Tratamiento ortodóncico: T.O.F. (Fraenkel, etc.)

6. Alteraciones funcionales musculares.

- 6.1. Pueden estar alterados:
 - Maseteros y temporales.
 - Periorales.
 - Lengua.
- 6.2. Tratamiento:
 - Mioterapia funcional.
 - T.O.F.
 - Electroestimulación.
 - Aparatología fija.

7. Prognatismo inferior en desarrollo.

- 7.1. Etiología:
 - Herencia.
 - Causas congénitas.
 - Causas adquiridas: Hábitos, etc.
- 7.2. Tratamiento:
 - Mioterapia funcional.
 - Tratamiento ortodóncico:
 - T.O.F.
 - Placa inferior con reja.
 - Quad-Helix de progenie.
 - Aparatología fija.
 - Mentonera.

Bibliografía

1. ALVAREZ CARLON J (1978). La disyunción palatina. Experiencias con el «Minnie expander». *Ortod esp* 22, 27-36.

2. BEJARANO CONEJO JE (1977). Variaciones de posición maxilar ocasionadas por la expansión rápida de la sutura palatina media. *Rev esp Ortod* 7, 151-164.
3. BJORK A (1972). Determinación del tiempo de aplicación de medidas ortodóncicas interceptivas basadas en la fase de maduración. *Rev esp Ortod* 8, 49-59 (1978).
4. BOSMA JF (1969). Evaluation of oral function of the orthodontic patient. *Amer J Orthod* 55, 578-584.
5. COSTA CAMPOS A (1978). Disyunción maxilar. *Rev esp Ortod* 8, 247-260.
6. CHACONAS SJ, DE ALBA Y LEVY JA (1977). Orthopedic and orthodontic applications of the quad-helix appliance. *Amer J Orthod* 423-428.
7. DICKSON GC, WHEATLY AE (1978). *Atlas de Aparatología Ortodóncica Removible*. Salvat, Barcelona, 1982.
8. DIETRICH VC (1970). Morphological variability of skeletal Class III relationships as revealed by cephalometric analysis. *Trans Europ Orthod Soc*, 131-143.
9. ENLOW DH (1975). *Manual sobre crecimiento facial*. Inter-Medic, Buenos Aires, 1982.
10. FRAENKEL R (19737). Modo de acción del RF en la eliminación de anomalías funcionales. *Técnica y manejo del regulador de función*. Científico-Médica, Barcelona, 1975, 25-38.
11. GARLINER D (1969). Some ancillary results of the correction of abnormal swallowing habits. *New York Dent J* 39, 158-164.
12. GARLINER D (1981). *Myofunctional therapy*. Institute of Myofunctional Therapy, Coral Gables, Florida.
13. GENSITOR AM (1970). The tongue and Class III. *Amer J Orthod* 57, 256-261.
14. GRABER LW (1977). Chin cup therapy for mandibular prognathism. *Amer J Orthod* 72, 23-40.
15. GRABER TM (1963). The three «M's»: muscles, malformation and malocclusion. *Amer J Orthod* 49, 418-450.
16. GRABER TM (1972). *Ortodoncia, Teoría y Práctica*. 3ª ed. Interamericana, México, 1974.
17. GRABER TM y SWAIN BF (1975). *Ortodoncia, Conceptos y Técnicas*. Panamericana, Buenos Aires, 1979.
18. HAAS AJ (1970). Palatal expansion: Just the beginning of dentofacial orthopedics. *Amer J Orthod* 57, 219-254.
19. HANSON ML, BARNARD LW, CASE JL (1970). Tongue thrust in pre-school children. II Dental Occlusal Patterns. *Amer J Orthod* 57, 15-22.
20. HARVOLD EP (1974). The activator in the interceptive orthodontics. Mosby, St. Louis.
21. HARVOLD EP (1968). The role of function in the etiology and treatment of malocclusion. *Amer J Orthod* 54, 883-897.
22. McNAMARA Jr JA (1976). Estudios experimentales sobre el crecimiento mandibular. *Rev esp Ortod* 6, 229-254.
23. McNAMARA Jr JA (1981). Components of Class II malocclusion in children 8-10 years of age. *Angle Orthod* 51, 177-203.
24. NANDA R (1978). Protraction of maxilla in rhesus monkeys by controlled extraoral forces. *Amer J Orthod* 74, 121-141.
25. NANDA R (1980). Biomechanic and clinical considerations of a modified protraction headgear. *Amer J Orthod* 78, 125-139.
26. PARKER JH (1971). The interception of the open bite in the early growth period. *Angle Orthod* 41, 24-44.
27. PASCUAL MARTINEZ A (1975). Taking therapeutic advantage of function and tongue position in Class III malocclusions. *Trans Europ Orthod Soc* 241-249.
28. PASCUAL MARTINEZ A (1977). Tratamiento de la Clase III en dentición temporal. *Rev esp Ortod* 7, 111-128.
29. PASCUAL MARTINEZ A (1979). Enfoques terapéuticos de la disfunción lingual. *Ortod esp* 23, 63-72.
30. RICHARDSON A (1969). Skeletal factors in anterior open bite and deep overbite. *Amer J Orthod* 56, 114-127.
31. SCHUDY FF (1968). The control of vertical overbite in clinical orthodontics. *Angle Orthod* 38, 19-39.
32. SPEIDEL TM, ISAACSON RJ, WORMS FW (1972). Tongue thrust therapy and anterior open bite. *Amer J Orthod* 62, 287-295.
33. SUBTELNY JD, SAKUDA M (1964). Open-bite, Diagnosis and treatment. *Amer J Orthod* 50, 337-358.
34. TRAVESI GOMEZ J (1983). Tratamiento de maloclusiones con problemas funcionales. *Ortod esp* 27, 29-37.
35. WIESLANDER L (1974). The effect of force on craniofacial development. *Amer J Orthod* 65, 531-538.