

TRATAMIENTO ORTODONCICO DE LA DENTICION TEMPORAL

por el

DR. ANDRÉS O. PICASSO

Es lógico pensar que un niño con su dentición temporal en oclusión normal tenga más probabilidades de que sus arcadas dentarias, sus maxilares y el conjunto facial se desarrollen también normalmente para completar la dentición definitiva. No hay un justificativo valedero para desentenderse de una anomalía dento-facial en edad temprana, como no lo haría el ortopédico con deformidades de labios o miembros y la clínica evidencia de que en muchos casos las anormalidades han ido progresando de tal manera que luego son difíciles de corregir y en otros los daños son de carácter irreparable.

Es necesario hacer notar, para que no se piense en un optimismo exagerado, que cuando se plantea el tratamiento de una anomalía en esta edad no siempre es imprescindible el uso de un aparato, que para el caso podría resultar complicado. Además, cada niño es un caso particular en el que entran en juego diversos factores a tener en cuenta y que merecen ser estudiados detenidamente antes de tomar la decisión de descartarlo por su edad cronológica, y si así se resolviera, lo indicado es la observación periódica, esperando el momento oportuno para intervenir, poniéndose a cubierto de la eventualidad en que primero pudo ser demasiado pronto y luego demasiado tarde.

La clínica evidencia que en muchos casos las anormalidades van progresando de manera que luego son difíciles de corregir y en otros los daños estabilizados son de carácter irreparable. Del tema que estamos tratando surge la interrogante: ¿Cual es la mejor edad para iniciar el tratamiento de ortodoncia? Se contesta esta pregunta diciendo: Específicamente establecida, no hay cronológicamente ni dentalmente una edad ideal para iniciar un tratamiento de las maloclusiones en general.

Hay una definición al respecto que se considera acertada y dice: "Hablando en general, la edad ideal para el tratamiento de la ortodoncia es aquella en la cual, si se corrige una maloclusión, crea condiciones más favorables, las cuales, con el transcurso del tiempo, in-

fluirán en el desarrollo orientado hacia la obtención del balance y la armonía de todas las estructuras, contribuyendo en una forma efectiva en el mejoramiento de la dentición permanente.

Hay quien piensa que por el solo hecho de tratarse de pacientes de corta edad y de anticipadamente supuesto difícil manejo, son causas suficientes para justificar el aplazamiento del tratamiento para una edad en la cual la cooperación pueda ser mayor. Pero no debe olvidarse que existen posibilidades alentadoras, que debemos despertar en niños que han completado su dentición temporaria, a los cuales se les puede someter a tratamiento y hasta prestan mayor colaboración que un niño en edad escolar, el que, influenciado por relatos no siempre verídicos de sus compañeros, ya está predispuesto en contra nuestra.

Los casos de maloclusión que se observan en la dentición permanente, por lo general tienen su contrapartida en la temporaria, por eso hay dentro de éstos algunos tipos definidos donde es necesaria la intervención precoz, y son ellos:

la mordida cruzada, ya sea unilateral o bilateral,
incisivos superiores en profusión externa;
estrechez acentuada en ambas arcadas,

protusión mandibular e incisivos superiores por detrás de los inferiores.

La llamada mordida cruzada posterior se reconoce porque los molares superiores se encuentran desplazados, ya sea hasta el lado de la mejilla o de la lengua con respecto a la posición de la mandíbula. Esto obedece generalmente a la influencia de causas externas, siendo especialmente individualizada la posición durante el sueño con la cabeza apoyada en el brazo o la mano, y es así como los molares superiores reciben todo el impacto de la presión, ya que la mandíbula es móvil y admite el desplazamiento lateral.

En los casos de protusión de los incisivos superiores, los dientes se desplazan en tal forma que levantan el labio superior, a su vez el inferior se coloca por detrás de los mismos y el paciente tiene que efectuar un esfuerzo para unirlos, los labios relajados pierden cada vez más su tonicidad muscular. Estos casos pueden ser de etiología oscura y el examen dental debe ir acompañado de un cuidadoso examen general realizado por médicos especializados (endocrinólogo y

rinólogo), citándose como causas frecuentes la respiración bucal como vicio puro o por impedimento mecánico (vegetaciones, amigdalitis) el chuparse los dedos o factores hereditarios.

El tratamiento debe intentarse antes de que comience la reabsorción de las raíces de los incisivos; de lo contrario, la acción del mismo puede acelerar su caída, el examen radiográfico indicará la oportunidad de acuerdo a su edad dental; y aunque no vamos a extendernos en hablar de aparatología, que por otra parte debe ser siempre lo más simplificada posible, sólo citaremos que en estos casos se emplea el anclaje extrabucal con el uso de un casquete que se puede hacer de distintos materiales y formas, mientras sea útil al fin deseado.

La estrechez extrema de ambas arcadas es menos frecuente, de etiología oscura con factores poco evidentes, se descarta un minucioso examen general y el tratamiento se realiza con los más simples aparatos de expansión en la región posterior y contención de los incisivos superiores.

Los casos de protusión mandibular deben ser tratados en cuanto se hagan evidentes, teniendo siempre la seguridad previa de que las fontanelas estén cerradas, pues se emplea anclaje extrabucal con la ayuda de un casquete y una mentonera para efectuar la tracción de la mandíbula hacia atrás con la interposición de gomas o elásticos. Por lo general, este procedimiento da resultado rápido y permanente.

La ubicación de uno o de varios incisivos superiores, por detrás de los incisivos inferiores, aunque traban el libre desplazamiento de la mandíbula, representan casos de menor entidad en lo que respecta al tratamiento, pues con un arco lingual y un resorte o un arco labial y atadura se puede realizar el desplazamiento de los dientes en poco tiempo; lo mismo se usa un bajalengua que, ubicado a manera de pleno inclinado repetidas veces al día y mordiendo sobre él, propicia el movimiento; la retención, en general, queda asegurada por la oclusión.

(*per* "Odnt. Uruguay.", abril 1955.)