

# Diagnóstico y tratamiento precoz: actuación a tiempo



**Juan C. Rivero**

Profesor titular  
(en excedencia)  
de profilaxis,  
estomatología infantil  
y ortodoncia  
Universidad  
Complutense  
de Madrid  
Director del Master  
de Ortodoncia  
de la Institución  
Universitaria  
Mississippi de Madrid

Correspondencia:  
Juan C. Rivero Lesmes  
Viriato 24, Bajo  
28010 Madrid  
E-mail:  
jcrivero@ infomed.es

## Resumen

En este trabajo se exponen las razones por las cuales en determinados casos tiene una importancia capital actuar de forma precoz, demostrándose que la ortope-

## Summary

In this article the reasons to treat early in some cases are presented, establishing that dentobucfacial orthopedics is a valid alternative if it is applied in appropriate cases and in the right moment.

dia dentobucfacial es una alternativa válida si se aplica en casos apropiados y en el momento oportuno.

**Palabras clave:** Tratamiento temprano. Expansión. Aparatos funcionales. Ortopedia dentobucfacial.

**Key words:** Early treatment. Expansion. Functional appliances. Dentobucfacial orthopedics.

## Diagnóstico y tratamiento precoz: actuación a tiempo

Siempre se han buscado y se han hecho intentos por diseñar las anheladas aparatologías que funcionasen sin colaboración por parte del paciente y no se tiene en cuenta que muchas de ellas acaban necesitando, para no tener recidiva, de otras que sí necesitan de la colaboración, como pueda ser el anclaje extraoral, las gomas, etc.

En otros casos se nos aconseja el utilizar aparatologías que supuestamente son más eficaces y probablemente lo son, si se emplean en el momento oportuno y en el caso apropiado, como puedan ser el Herbst y otros similares, que, por tratarse de aparatos de necesario anclaje en dentición permanente, se utilizan ya pasado el pico de máximo crecimiento puberal y que por lo tanto tienen una acción mucho más dentoalveolar que basal. Pero no por ello dejan de ser útiles en casos que acudan a nuestras consultas en esas edades, o en pacientes poco colaboradores, o con mal patrón de crecimiento.

Muchos profesionales no creen en la posibilidad de interceptar y prevenir el desarrollo de cualquier trastorno, alegando que es mejor dejar que este se manifieste para luego intervenir, cuando todo el complejo estomatognático esté floridamente alterado. Dicen que es mucho tiempo de tratamiento y que generalmente recidiva y se vuelve a la línea natural de crecimiento del paciente.

Es evidente que, en muchos casos se ha de recurrir a las exodoncias terapéuticas y /o a la cirugía ortognática, por necesidades de las arcadas, el esqueleto, la estética facial y de la sonrisa o sencillamente por la edad del paciente, pero no por ello debemos consentir que, por no haber diagnosticado a tiempo, se desarrollen las patologías que inexorablemente afectarán a esos individuos.

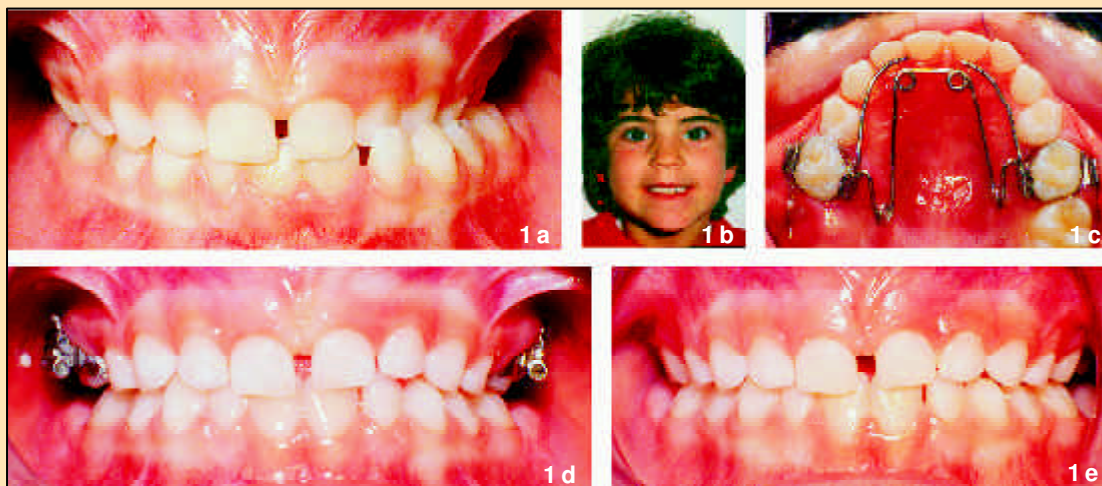
Ni las exodoncias ni la cirugía ortognática están exentas de riesgos ni de complicaciones a corto y a largo plazo. Ni tampoco lo están, los casos así tratados, de sufrir *recidivas*.

Existe una línea de pensamiento que sustenta una Filosofía de actuación preventiva que intenta, en la

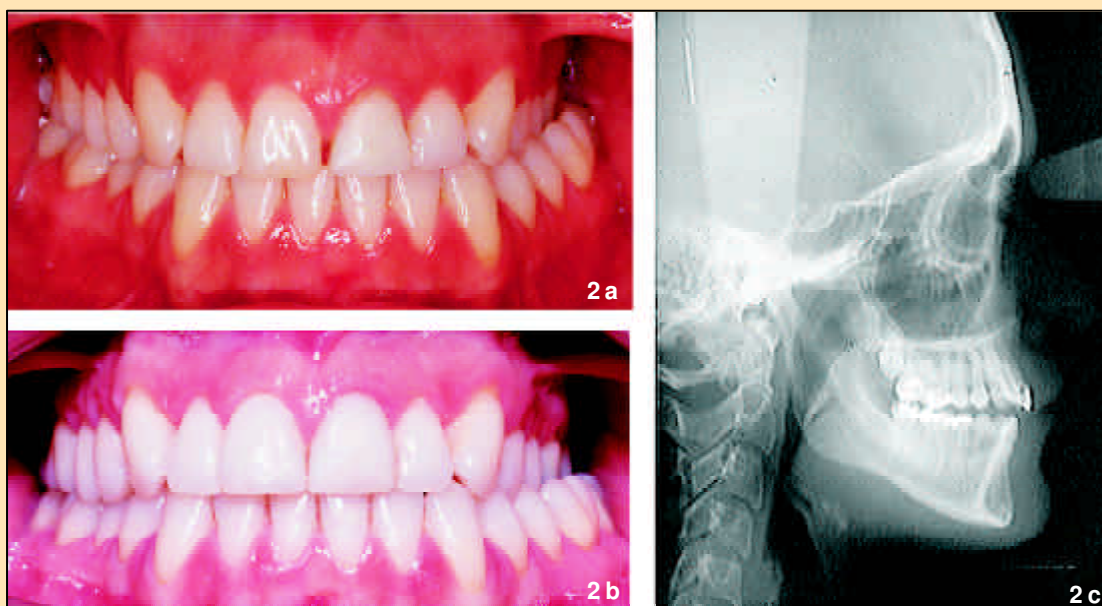
medida de lo posible, evitar males mayores a nivel del desarrollo irreversible del esqueleto, las articulaciones, la musculatura, el periodonto y los dientes, basándose en el *diagnóstico precoz*, con el objetivo de detectar a tiempo el inicio de los problemas. Y para ello se recurre a las ciencias básicas, que son las que nos permiten estudiar el desarrollo de la normalidad en contraposición al desarrollo de la anormalidad.

En la Figura 1 mostramos un caso de una niña en dentición temporal, iniciando la mixta en 1ª fase y

que presentando una mordida cruzada unilateral dentoalveolar y funcional por interferencias en la oclusión, al actuar precozmente con un Quad-Helix, con bandas en E+ E, se descruzó la mordida y se corrigió de forma estable la desviación. Nosotros estamos convencidos de que si no se hubiese actuado a tiempo, la maloclusión se hubiese agravado y el componente esquelético basal acabaría desarrollando un complejo síndrome, de difícil resolución en la edad adulta. Tal es el caso de la mujer que mostramos en la Figura 2, que sí se atrevió a resolver el problema estético a nivel de los dientes y de la encía, pero no



**Figura 1.**  
Mordida cruzada en la infancia  
Figura a. Foto intraoral de inicio  
Figura b. Foto facial frontal  
Figura c. Quad Helix con bandas en E+ E  
Figura d. Corrección de la mordida cruzada y de la desviación funcional  
Figura e. Estabilidad de la corrección a largo plazo



**Figura 2.**  
Figura a. Mordida cruzada en el adulto, pequeño diastema central, sonrisa gingival y coronas cortas  
Figura b. Se corrigieron solamente los problemas odontológicos estéticos, la paciente no quiso afrontar el complicado tratamiento necesario para corregir la mordida cruzada y la severa discrepancia de R. C. a O. C  
Figura c. Tal como se aprecia en la imagen de la Tele radiografía lateral tomada en R. C. donde se pone de manifiesto el fulcro posterior que ocasiona una mordida abierta anterior

a afrontar los derivados de su mordida cruzada unilateral que arrastraba desde la niñez, ocasionándole un síndrome de dolor y disfunción témporo-mandibular, en gran parte ocasionado por la mordida abierta anterior encubierta por la severa discrepancia entre Relación Céntrica (R. C.) y Oclusión Céntrica (O. C.)

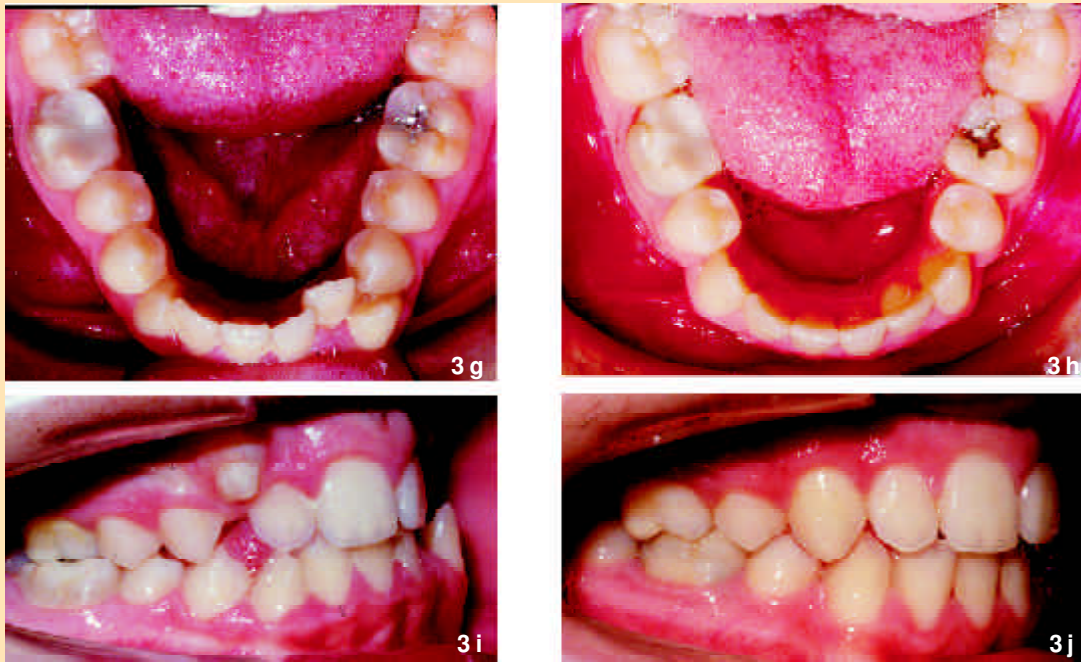
Innumerables trabajos de investigación se han publicado sobre la prevención del desarrollo de las maloclusiones y sobre la modificación o no de la tendencia predominante del crecimiento de cada in-

dividuo, en el afán de esclarecer la verdad sobre la posibilidad de mejorar el perfil y las proporciones faciales, así como la sonrisa de nuestros pacientes. La dificultad de poder demostrar fehaciente, estadística y científicamente la significación de los cambios acaecidos tras nuestra actuación interceptiva, son la causa de que, para muchos, no se justifique una actuación precoz.

Por ello, predomina entre los profesionales la tendencia a esperar al desarrollo de la maloclusión en dentición permanente, para entonces recurrir a las

**Figura 3.**  
**Discrepancia óseo dentaria severa.**  
**Tratamiento ortodóncico con exodoncias de cuatro premolares**  
**Figuras 3a, 3c y 3e.**  
**Fotos iniciales**  
**Figuras 3b, 3d y 3f.**  
**Fotos finales**





**Figura 3.**  
**Discrepancia óseo dentaria severa.**  
**Tratamiento ortodóncico con exodoncias de cuatro premolares**  
**Figuras 3g y 3i.**  
**Fotos iniciales**  
**Figuras 3h y 3j.**  
**Fotos finales**

exodoncias terapéuticas o a la cirugía ortognática, sumadas a la ortodoncia, para corregir la maloclusión, pero, en muchos casos, en detrimento de la estética facial y de la sonrisa.

En este sentido, mostramos el caso clínico de la Figura 3, que podría ser representativo de aquellos que llegan a consultar cuando ya es muy evidente la maloclusión, con severa discrepancia óseo dentaria. Debido a la edad del paciente y al momento del desarrollo de las arcadas dentarias, se decide la exodoncia de cuatro premolares para alcanzar la normoclusión, tras un tratamiento con aparatología fija. Pero si analizamos la evolución del perfil, podemos apreciar como ha habido un empeoramiento en la proyección del mentón, que evidencia un déficit de crecimiento mandibular.

Muchos autores, como Dermaut<sup>1</sup>, dudan de la eficacia de los tratamientos precoces por no haber sido demostrados los cambios ortopédicos de forma científica y a largo plazo.

Por el contrario existen publicaciones como la de Pancherz, *et al.*<sup>2</sup>, que demuestran cambios en 98 pacientes de clase II/1<sup>a</sup> tratados con Herbst y en los que se evidenció remodelación de la fosa glenoidea y del cóndilo.

Asimismo, Watted, *et al.*<sup>3</sup>, demostraron, mediante resonancia electromagnética, cambios estables en los cóndilos y en las A.T.M. de 15 pacientes de una edad media de 11,5 años sometidos a avance forzado de la mandíbula.

Ya en el 2002, Trenouth<sup>4</sup> demuestra cambios clínicos y cefalométricos significativos en las proporciones faciales de 30 pacientes con una edad media de 12 años y medio, tras el tratamiento con Twin Block.

Son muchos los trabajos científicos que podríamos enumerar en apoyo de la evidencia clínica de que la ortopedia dentobucofacial es una alternativa válida si se lleva a cabo en los casos apropiados y en el momento oportuno<sup>5-9</sup>.

Lo que es evidente, al margen de la polémica, es que con tratamientos adecuados obtenemos mejorías clínicas, que nos permiten tratar con más facilidad y sencillez a nuestros pacientes, llegado el momento de necesitar aparatologías fijas. De esta forma, podríamos mostrar numerosos casos en los que como en el que vemos en la Figura 4, se pensó, desde el primer momento, que debido a la macrodoncia y a la severa discrepancia óseo dentaria, serían necesarias exodoncias seriadas.

Debido a que comenzamos el tratamiento en una fase interceptiva, haciendo expansión con un Quad-Helix, que al mismo tiempo nos permitió distalar indirectamente los 6 + 6 y conseguir por efecto indirecto una ganancia de espacio en ambas arcadas, para que pudieran erupcionar espontáneamente los caninos y terminar el tratamiento en una segunda fase de aparatología fija, sin necesidad, para nuestra sorpresa, de realizar extracciones, con el natural contento de la paciente y de su familia.

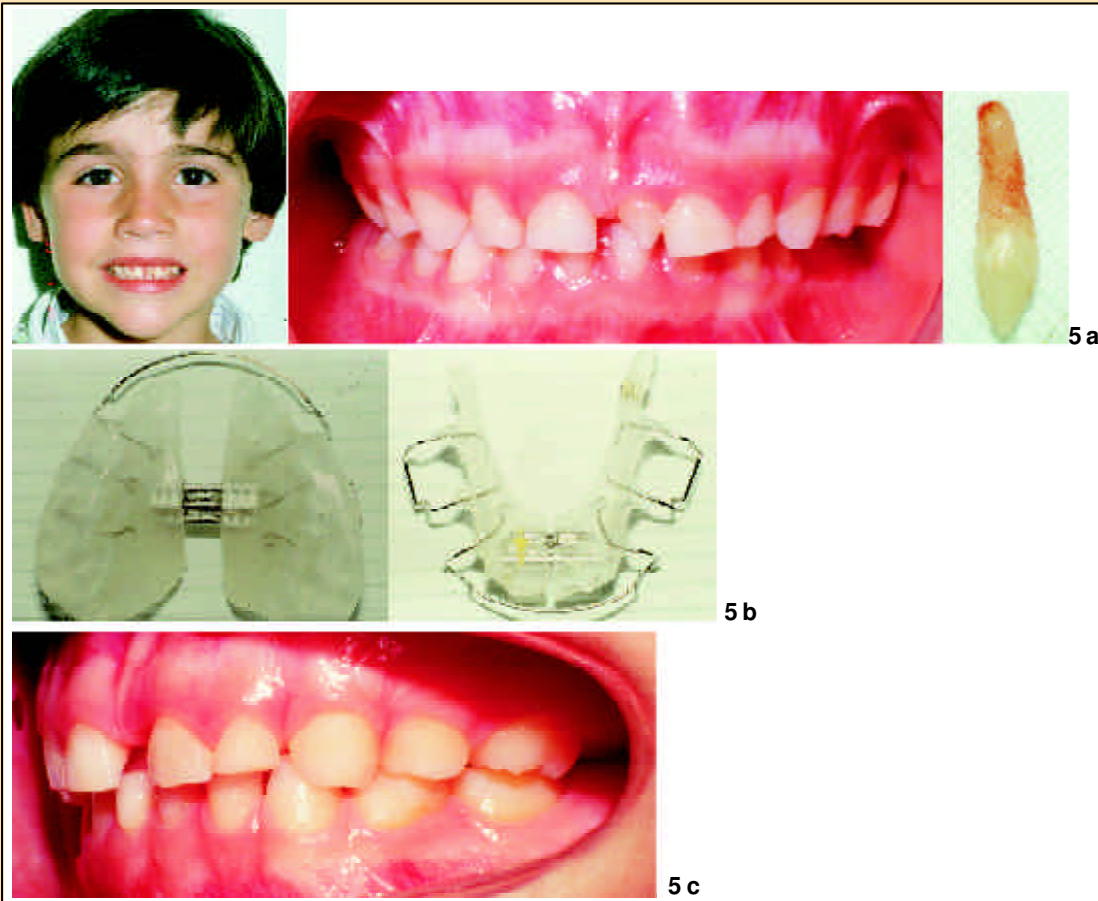
En determinadas ocasiones son las agencias o es un diente supernumerario el que puede desencadenar

el desarrollo de una maloclusión, como en el caso que mostramos en la Figura 5, que se trata de una mordida en tijera unilateral, asociada a un mesiodens, que corregimos con tallados selectivos y con planos de composite para descruzar en los sectores laterales y que al erupcionar el +6 comprobamos que de nuevo lo estaba haciendo en mordida en tijera obligándonos a utilizar una placa de compresión superior y otra de expansión inferior.

Pero también estamos convencidos de la importancia de la rehabilitación de la *función neuromuscular*

**Figura 4.**  
**Discrepancia óseo dentaria severa, asociada a macrodoncia, resuelta sin necesidad de exodoncias.**  
**Figuras 4a, 4d, 4g y 4j.**  
**Fotografías iniciales Figuras 4m y 4n.**  
**Fotografías intra orales en las que se aprecia el diastema a distal del E+ debido al efecto distalador que sobre el 6+ ha originado el Q. H., sin provocar un efecto contrario de mesialización sobre el resto de la arcada Figuras 4b, 4e, 4h y 4k.**  
**Fotografías intermedias, Figuras 4c, 4f, 4i y 4l:**  
**Fotografías finales**





**Figura 5.**  
Síndrome de Brodie unilateral, asociado a un supernumerario Mesiodens

Figura 5a. Mordida en tijera asociada a un Mesiodens  
Figura 5b. Aparatologías utilizadas  
Figura 5c. Corrección de la mordida en tijera



**Figura 6.**  
Figura 6a. Mordida abierta anterior asociada a interposición lingual.

Obsérvese el gran resalte y la compresión de la arcada superior, así como la clase II, debida a hipoplasia mandibular

Figura 6b. Fotos finales donde se aprecia el buen sellado labial, la corrección de la mordida abierta, del resalte y de la clase dentaria

para alcanzar resultados clínicos perdurables en el tiempo y esto no se consigue sin altas dosis de convicción, de dedicación y de entrega, para lograr que en el núcleo familiar se entiendan y se compartan los objetivos del equipo de trabajo. Y esto es evidente que lleva tiempo en la cronología de crecimiento y desarrollo de nuestros pacientes, pero esos años correrán a favor y nunca en contra, como indudablemente lo harían sin nuestra actuación interceptiva o preventiva. Tal es el caso de muchas maloclusiones en desarrollo por malos hábitos o malas funciones, que si son corregidas a tiempo y sin necesidad de aparatologías, interceptarán el desarrollo de la maloclusión.

Para ello no necesitamos el empleo de sofisticadas aparatologías ni de técnicas novedosas, sino el uso del *sentido común* sólidamente argumentado.

Como ejemplo, la Figura 6 nos muestra un caso en el que al eliminar la interposición lingual gracias a un intensivo tratamiento de rehabilitación neuromuscular, se corrigió la mordida abierta anterior dentoalveolar, la compresión maxilar, el resalte y la maloclusión de clase II.

En último lugar, hacemos mención a un reciente artículo de Beni Solow y Andrew Sandham<sup>10</sup>, en el que se pone de manifiesto la importancia de la postura de la columna cervical en el desarrollo y la función de las estructuras dentofaciales, corroborando, de manera científica, la hipótesis que correlaciona la *posturología* general del cuerpo con la ortodoncia y la ortopedia dentomaxilar.

## Bibliografía

1. Dermaut L R, Aelbers C M. Orthopaedics in orthodontics: Fiction or reality a review of the literature. *Am J of Orthod Dentof Orthop* 1996;110:513-5, 667-761.
2. Pancherz H, et al. Effective condylar growth. *Am J of Orthod Dentof Orthop* 1998;114:437-46.
3. Watted N, Witt E, Kenn W. The temporomandibular joint and the disc-condyle relationship after functional orthopaedic treatment: a magnetic resonance imaging study. *European Journal of Orthodontics* 2001;23:683-93.
4. Trenouth M.J. Proportional changes in cephalometric distances during Twin Block appliance therapy. *European Journal of Orthodontics* 2002;24:485-91.
5. Teuscher U. A growth-related concept for skeletal class II treatment. *Am J of Orthod Dentof Orthop* 1978;74:258-75.
6. Creekmore TD, Radney LJ. Fränkel appliance therapy: Orthodontic or orthopaedic. *Am J of Orthod Dentof Orthop* 1983;89-108.
7. Bass NM. Orthopaedic coordination of dentofacial development in skeletal Class II malocclusion in conjunction with edgewise therapy. Part I. *Am J of Orthod Dentof Orthop* 1983;84:361-83.
8. Bass NM. Orthopaedic coordination of dentofacial development in skeletal Class II malocclusion in conjunction with edgewise therapy. Part II. *Am J of Orthod Dentof Orthop* 1983;84:466-90.
9. Alonso A, Bejarano J E. Tratamiento de la clase II con aparatología de Teuscher. Un estudio clínico en 40 pacientes. *Ortodoncia Española* 1994;35:75-92.
10. Solow B, Sandham A. Cranio-cervical posture: a factor in the development and function of dentofacial structures. *European Journal of Orthodontics* 2002;24:447-56.