

¿Considera que las maloclusiones esqueléticas deben ser tratadas a edades tempranas?

Directora: Profa. Dra. Isolina Prada

Cursante: Od. Francisco Micucci

Carrera de Especialización en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar SAO-UCES

Una de las principales preguntas que el profesional debería realizarse al encontrarse frente a una maloclusión de tipo esquelética es: ¿en qué etapa de maduración esquelética se encuentra mi paciente?

La respuesta, junto a un diagnóstico exhaustivo y detallado, lo va a guiar hacia el éxito terapéutico. Sin embargo, puede que una etapa de maduración esquelética sea más favorable que otra para el tratamiento. La evidencia clínica nos demuestra que podemos alcanzar resultados verdaderamente asombrosos cuando interceptamos este tipo de problemas a edades tempranas, en tanto el paciente todavía muestre un remanente de crecimiento óseo.

La aplicación de métodos para medir las diferentes etapas de maduración esquelética (la radiografía carpal y la radiografía de las vértebras cervicales, por ejemplo) y valorar el crecimiento y desarrollo de un individuo, en relación con la implementación de protocolos de tratamientos ortopédicos u ortodóncicos, son elementos fundamentales en la etapa de diagnóstico, para detectar el pico de crecimiento puberal y tratar, a tiempo y con éxito, una maloclusión, bien sea ésta dental o esquelética.

La información de esta naturaleza es muy útil en el diagnóstico y en la planificación de un tratamiento de ortodoncia o de ortopedia a tiempo, ya que en muchas ocasiones es necesario considerar si el crecimiento se debe estimular o controlar en un paciente, sobre todo, en los casos en los que existan discrepancias esqueléticas maxilomandibulares verticales, transversales y anteroposteriores como las Clases II o III.

El Dr. José Canut explica que, desde el punto de vista terapéutico, es necesario tener en cuenta el crecimiento del paciente, ya que

las posibilidades ortopédicas son hoy una importante realidad. Se puede influir en el crecimiento de los maxilares cuanti y cualitativamente en un individuo joven, centrando la corrección ortodóncica no solo en el movimiento dentario sino, también, en el control ortopédico de la intensidad y dirección del desarrollo maxilar.¹

Los individuos tratados antes o justo durante el pico de crecimiento muestran cambios esqueléticos en el maxilar y la mandíbula, más significativos y estables, en el mediano y largo plazos, que los tratados después del pico. En estos últimos se ve más una adaptación dentoalveolar que una corrección esquelética.

Es por esto que existe el “tratamiento en fases”, el cual se divide en dos etapas terapéuticas. La primera o “fase 1” tiene como objetivo tratar de corregir, a tiempo, las discrepancias esqueléticas transversales, anteroposteriores y verticales, tratando de modificar el crecimiento y desarrollo con protocolos de tratamiento temprano. La segunda o “fase 2”, también llamada “tratamiento correctivo”, busca la corrección definitiva de la maloclusión con ortodoncia fija.

Las ventajas que podemos obtener al aplicar la fase 1 son múltiples. Enumeraremos algunas de ellas aquí.

1. Eliminar agentes causales ambientales a la vez que mejorar las relaciones esqueléticas entre los maxilares, a fin de optimizar las funciones del sistema y la estética facial.
2. Prevenir o interceptar maloclusiones esqueléticas y dentales, leves y moderadas.
3. Reducir el tiempo y la complejidad del tratamiento futuro o de segunda fase.

4. Obtener cambios funcionales.
5. Reducir la necesidad de extracciones dentarias en la dentición permanente.
6. Eliminar o reducir la complejidad de una cirugía ortognática.
7. Interceptar hábitos que producirán problemas que más tarde se agravarán.
8. Interceptar problemas que contribuyan a la obstrucción de vías aéreas altas.

Esta metodología, también, conlleva ciertas desventajas que necesitan ser mencionadas, dentro de las cuales citaremos:

1. Tiempo de tratamiento prolongado, sumando la fase interceptiva y la correctiva, de ser esta necesaria.
2. Inestabilidad, en algunos casos particulares, como en las Clases II y III esqueléticas severas.
3. Poca cooperación para cuando se necesite en la etapa correctiva.
4. Resiliencia o rebote biológico por crecimiento remanente en las Clases III.



5. Resiliencia o rebote biológico por crecimiento vertical remanente en las mordidas abiertas.
6. Recidivas por otras causas, generalmente, desconocidas para el clínico.

En conclusión, más allá de que las desventajas para el tratamiento a edades tempranas son una realidad y deben ser tenidas en cuenta a la hora de tomar decisiones, la evidencia indica que los resultados obtenidos al tratar las maloclusiones esqueléticas en etapas de crecimiento activo son muy positivos para el paciente. Si bien es verdad que no siempre se logran solucionar los problemas en su totalidad con un tratamiento temprano, indudablemente, va a facilitar mucho su posterior corrección definitiva, que incluye la necesidad de la vía quirúrgica en ciertos casos. (Ejemplos: Figuras 1 y 2)

Queda en manos del profesional decidir cuál será la vía terapéutica acorde a cada caso clínico, pero siempre que sea posible, buscando aprovechar al máximo el crecimiento y desarrollo maxilofacial.

Fig. 1: Máscara extraoral de tracción póstero-anterior del maxilar superior. Este diseño específico es conocido como máscara de Delaire y se utiliza en pacientes con Clase III esquelética por maxilar superior retrognático. *Orthodontic face-mask or reverse pull headgear.* Obtenido de [Wikimedia](#).



Fig. 2: Expansor Hyrax al realizar una expansión rápida (0,5 mm por día). En niños y adolescentes el uso de fuerzas transversales a lo largo del maxilar superior puede abrir la sutura medio-palatina. Obtenido de [Wikimedia](#).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Canut JA. *Crecimiento posnatal maxilofacial*. En: *Ortodoncia clínica y terapéutica*. 2.ª ed. Barcelona: Masson, 2001. p. 69.