

Tema VI. Atención primaria en Ortodoncia

Tratamiento de la Clase I con vestibuloversión y diastemas de los incisivos superiores.

Objetivos:

- 1.- Identificar la maloclusión de Clase I con vestibuloversión y diastemas de incisivos superiores.
- 2.- Enumerar los factores etiológicos de esta maloclusión.
- 3.- Formular el diagnóstico y realizar diagnóstico diferencial con otras maloclusiones de cuadro clínico parecido.
- 4.- Explicar posibles tratamientos de esta maloclusión en el nivel primario de atención estomatológica.

Sumario:

- 16.1- Descripción.
- 16.2- Etiología.
- 16.3- Diagnóstico.
- 16.4- Pronóstico.
- 16.5- Tratamiento y aparatología.

16.1- Descripción.

Esta maloclusión se caracteriza por presentar una relación molar de neutroclusión, o sea la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye con la estría mesiovestibular del primer molar inferior en ambas hemiarquadas. Además los incisivos superiores se encuentran en una exagerada inclinación vestibular con falta de contacto entre ellos (diastemas interincisivos).

La arcada dentaria inferior, por el contrario, se presenta bien alineada en todo sentido. Esto provoca que al observar ambas arcadas en oclusión se destaque un aumento del resalte, a expensa de la vestibuloversión de los incisivos superiores. El sobrepase será de 1/3 a 1/2 corona de los incisivos inferiores.

16.2- Etiología.

Varios son los factores etiológicos que pueden contribuir al desarrollo de esta maloclusión. Los que a continuación se citan son los que más frecuentemente se presentan:

- Patrón morfogenético heredado.
- Disfunción neuromuscular caracterizada por labio superior corto o hipotónico.
- Hábito de succión digital.
- Hábito de lengua protráctil.
- Hábito de queilofagia (interposición del labio inferior entre ambas arcadas).
- Combinación de varios de estos factores.

16.3- Diagnóstico.

El diagnóstico se establece básicamente por el interrogatorio y el examen físico facial y bucal.

Mediante el interrogatorio establecemos la adecuada comunicación con el paciente, que nos permitirá conocer el motivo de la consulta, la posible afectación psíquica del

paciente y la repercusión del problema en sus familiares. Esta información nos permitirá valorar además el interés y grado de compromiso del paciente y sus familiares con el tratamiento. Recordemos que la cooperación y disciplina del paciente es fundamental para la obtención de buenos resultados. Indagaremos también sobre el parecido o similitud del paciente con familiares de primer grado de consanguinidad, tratando de establecer posible influencia de la herencia en la aparición de la anomalía.

El examen físico facial se realiza por observación cuidadosa en momentos en que el paciente esté en reposo y no se dé cuenta de que está siendo observado. Nos fijaremos en el cierre bilabial, buscando si existe acortamiento del labio superior. Miramos el perfil, que por lo general en estos casos será convexo, en dependencia del grado de vestibuloversión de los incisivos superiores.

En el examen físico bucal se observará la inclinación axial de los incisivos superiores y la presencia o no de diastemas entre ellos; la relación de los primeros molares permanentes; la alineación del arco dentario inferior; el resalte y el sobrepase. Es importante detectar si existen alguno de los hábitos bucales deformantes, citados como factores etiológicos.

Es importante y debe establecerse el diagnóstico diferencial con otros cuadros clínicos parecidos y que pueden confundirse con la maloclusión motivo de estudio. Por ejemplo, están los casos de biprognatismo con o sin diastemas interincisivos, caracterizados por que ambos maxilares, superior e inferior, se encuentran en posición adelantada, ofreciendo un perfil convexo. Sin embargo, hay que guardar más atención con el cuadro clínico de la Clase II división 1. La diferencia radica en que en este caso la relación de molares es de distoclusión y no hay diastemas en la región incisiva, ya que la vestibuloversión de estos dientes es acompañada por mesogresión de bicúspides y molares. Ambos casos mencionados, deben ser remitidos hacia el especialista en Ortodoncia.

Puede presentarse la Clase I con vestibuloversión y diastemas de incisivos superiores, acompañada de mordida abierta anterior, o por el contrario con sobrepase aumentado a más de la mitad de la corona de los incisivos inferiores; con apiñamiento en la arcada inferior, o con cualquier otra anomalía de posición dentaria. Cualquiera de las mismas también contraindicará su tratamiento por el estomatólogo en el nivel de atención primario.

16.4- Pronóstico.

Si se ha hecho un buen diagnóstico y establecido un correcto diagnóstico diferencial, los resultados que se pronostiquen serán los mejores, contando con la adecuada cooperación del paciente y sus familiares. En todo tratamiento médico la cooperación juega un papel importantísimo, en nuestro caso es fundamental. Esta se traduce en un buen uso y cuidado de los aparatos, cumplimiento de las indicaciones dadas por el profesional, asistencia puntual a las consultas, etc. Podemos establecer que la cooperación del paciente representa entre el 70% y 90% de las posibilidades de éxito de este tratamiento ortodóncico.

16.5- Tratamiento y aparatología empleada.

Como en todo tratamiento ortodóncico, mientras a más temprana edad se detecte el problema y comience a tratarse, mejores posibilidades tendremos. Sin embargo, en esta maloclusión, aún comenzando su tratamiento a los 13, 14 o 15 años de edad, podemos esperar buenos resultados, sin que esto quiera decir que deba esperarse a estas edades.

El primer paso en el tratamiento consistirá en procurar la erradicación de los agentes causales. Sobre la herencia como tal no podemos actuar, pero sí podemos modificar en algunos aspectos, un patrón heredado.

La mioterapia labial del orbicular superior, antes, durante y después del tratamiento mecánico, nos ayudará a desarrollar un labio superior corto, a corregir la vestibuloversión incisiva, y a mantener los resultados alcanzados, es decir en la etapa de contención.

Los hábitos serán tratados con psicoterapia elemental en nuestra propia consulta, explicándole al paciente el daño que este le ha ocasionado, qué es lo correcto, y lo que vamos a lograr si eliminamos el hábito, siempre tratando de lograr la comprensión y el deseo de colaborar del niño. De persistir el hábito, se valora la remisión al psicólogo. Para eliminar los hábitos de succión digital y lengua protráctil, colocar una rejilla en el aparato removible como recordatorio y con el consentimiento expreso del paciente (nunca como un método compulsivo), puede contribuir en gran medida.

El paso siguiente es la mecanoterapia. Indicaremos un aparato removible tipo Hawley, el cual consta de 2 ganchos Adams, arco vestibular y placa acrílica. En casos de sobrepase mayor de $\frac{1}{2}$ corona, pero sin llegar a corona completa, el acrílico será de un espesor mayor en la parte anterior del aparato, en forma de plano de mordida, haciendo con ello que los incisivos inferiores ocluyan en esta parte del acrílico y queden sin contacto oclusal los molares. Esto permite la egresión de los sectores posteriores y la resolución del exagerado sobrepase. Como ya mencionamos, si fuera necesario para controlar algún hábito, se puede agregar una rejilla en su porción anterior.

El uso del Hawley será durante todo el día y la noche, incluso para dormir, retirándolo de la boca solo para ingerir alimentos que necesiten masticarse, y para cepillarse la boca.

Se citará al paciente cada 3 semanas (21 días aproximadamente) para rebajar el acrílico que entra en contacto con la cara lingual de los incisivos y activar el arco vestibular cerrando sus ansas, logrando así el empuje necesario hacia lingual y la reducción paulatina de la vestibuloversión.

Una vez cerrados los diastemas y corregida la inclinación durante un período que puede oscilar entre 6 meses y un año, pasamos a la llamada etapa de contención.

Autoexamen.

- 1.- Qué se entiende por maloclusión de Clase I con vestibuloversión y diastemas de incisivos superiores?
- 2.- Cuáles son los factores etiológicos productores de esta anomalía?
- 3.- Diga la importancia del diagnóstico diferencial con otro cuadro clínico parecido.
- 4.- Mencione el tratamiento requerido para solucionar esta maloclusión.