

En la prevención de las disfunciones craneomandibulares, el tratamiento temprano de las laterodesviaciones debe considerarse impostergable, ya que su persistencia puede conducir a una asimetría en el desarrollo de las estructuras que constituyen la articulación temporomandibular

INTERCEPCION DE ALGUNAS LATERODESVIACIONES

Por la Dra. Silvia B. Scollo

Cuando el niño nace, sus maxilares son apenas el esbozo de lo que serán a medida que se cumplan las etapas de crecimiento y desarrollo, que para estas estructuras es tardío respecto a las que constituyen el cráneo.

Las articulaciones temporomandibulares cuentan con todos los elementos tisulares preparados para responder a los estímulos que ejercerán las fuerzas desarrolladas durante las funciones de masticación, deglución, respiración, dicción y de la postura, modelando para toda la vida una compleja articulación.

Pero serán las relaciones intermaxilares las que a la vez condicionarán a la A.T.M.

Hemos podido observar laterodesviaciones establecidas a muy tempranas edades (2 a 3 años) y en el seguimiento de estos casos, hasta

que fueron tratados, la anomalía persistió y en todos la tendencia fue a acentuarse.

Como se origina la desviación? Es un hábito?, éste provoca una falta de desarrollo del maxilar superior? Lo real es que se observa una discrepancia entre ambas arcadas dentarias y es factible que en la búsqueda de una mejor eficiencia masticatoria, la mandíbula se deslice lateralmente.

Desde el momento que el niño comienza a lateralizar, la musculatura que interviene en la mecánica de la A.T.M. y que además en estas etapas modela las propias estructuras, accionará en forma desequilibrada. No caben dudas respecto a que la magnitud del daño dependerá de muchos factores, pero especialmente del tiempo que transcurra sin que la anomalía sea interceptada.

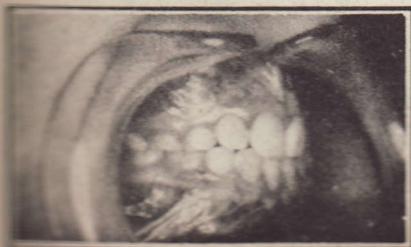
Ante esta evidencia, consideramos impostergable el tratamiento oportuno de cualquier interferencia que perturbe el normal desarrollo, y en el caso de las laterodesviaciones mandibulares, porque éstas constituyen el factor etiológico principal en las disfunciones craneomandibulares. Por otra parte, su tratamiento, por lo general, resulta sencillo y breve, en un momento en que la musculatura todavía no ha alcanzado su máximo desarrollo en el comando de los movimientos mandibulares. Respecto a esto último, se ha demostrado con estudios electromiográficos de la diferencia en cuando a la actividad muscular en sujetos con dentición mixta respecto a otros con dentición permanente. En los primeros es notoriamente menor.

CASOS CLINICOS

Los casos clínicos fueron seleccionados teniendo en cuenta: diferentes etapas del desarrollo de las arcadas dentarias y también diferentes magnitudes en cuanto a la presencia de la anomalía.

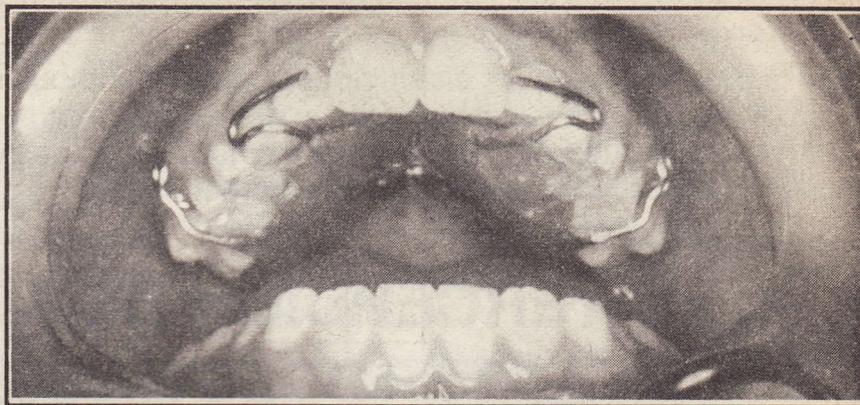
Caso Nº1:

La paciente de 8 (ocho) años de edad, con dentición mixta, presentaba falta de desarrollo transversal del maxilar superior y oclusión de comodidad con levognatismo mandibular. (Fig 1-2 y 3).



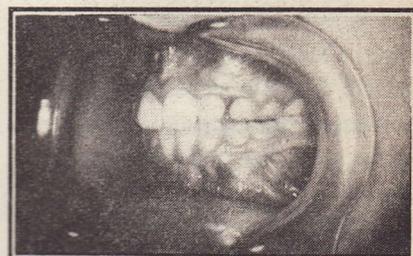
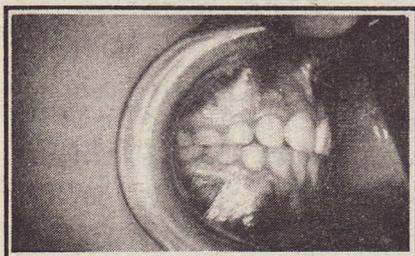
Se utilizó una placa activa, con tornillo medio, retenedor tipo Benac por medial de los primeros molares y retenedores anteriores extendidos.

Se tuvo especial cuidado en lograr un buen anclaje como así también que la aparatología no entorpeciera la dicción. Para lograr esto último, se eliminó el acrílico de la zona de rugas palatinas. (Fig. 4)



Después de activar el aparato durante 8 meses observamos la reubicación céntrica de la mandíbula que encuentra liberado su espacio.

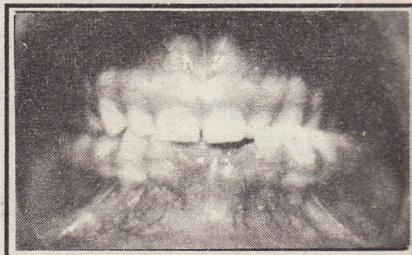
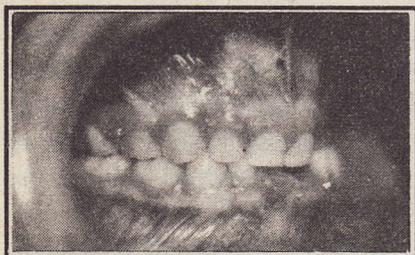
No existiendo otras anomalías, se retiró la aparatología y así concluyó este tratamiento. (Fig 5-6 y 7)



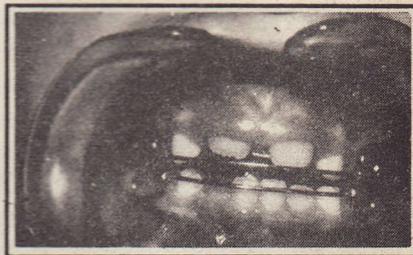
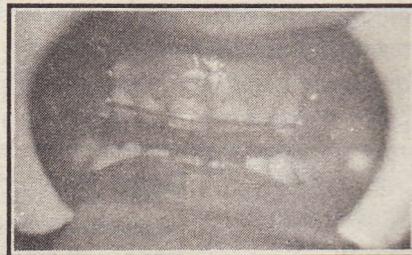
Caso Nº2:

En esta paciente pudimos observar la anomalía a los 3 años de edad, aunque iniciamos el tratamiento a los 5

años. Durante los dos años transcurridos hubo aumento de la desviación mandibular hacia el lado donde el cruce dentario se hizo más profundo. (Fig. 8-9 y 10)



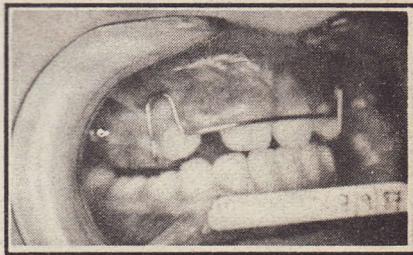
Durante 5 meses la paciente usó monoblock hendido y con el cambio dentario se reemplazó por un activador. Con esta aparatología se buscaba mejorar las relaciones intermaxilares a la vez que se beneficiaron las articulaciones temporo-maxilares.



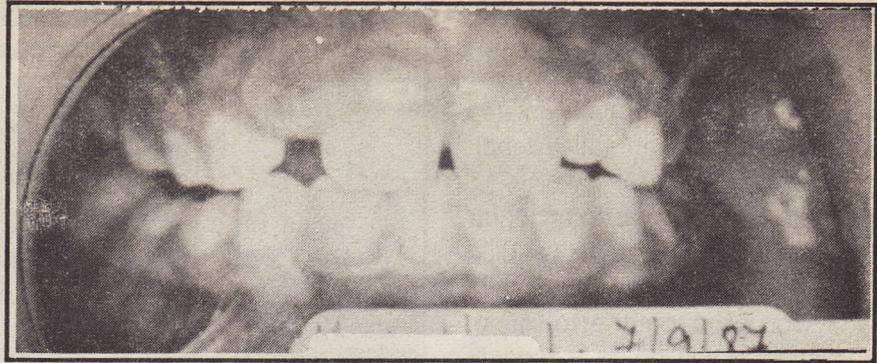
El segundo aparato lo usó 6 meses. (Fig 11 y 12).

Sin embargo la estrechez a nivel de caninos temporarios no se había corregido totalmente y la mandíbula conservaba una memoria de recorrido reproduciendo la situación de laterodesviación cuando éstos entraban en oclusión.

Decidimos utilizar una placa unimaxilar activa a la que se agregó acrílico sobre las superficies oclusales. (Fig. 13)



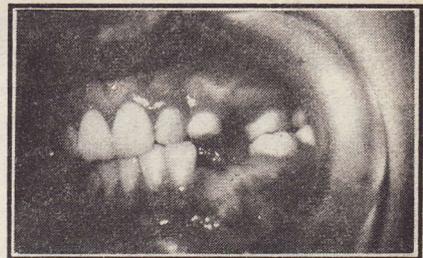
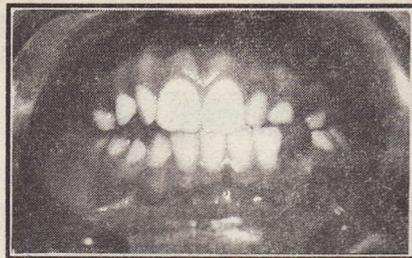
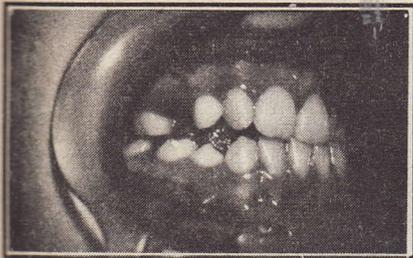
Una vez superada la estrechez, los caninos temporarios rebasaron por vestibular a los inferiores y se logró "trabar" la mandíbula en posición céntrica. Se puede observar esta situación en la fotografía N°14 (la erupción del lateral derecho contribuirá a cerrar el diastema interincisivo y mejorará la apariencia de la línea media)



Caso N°3:

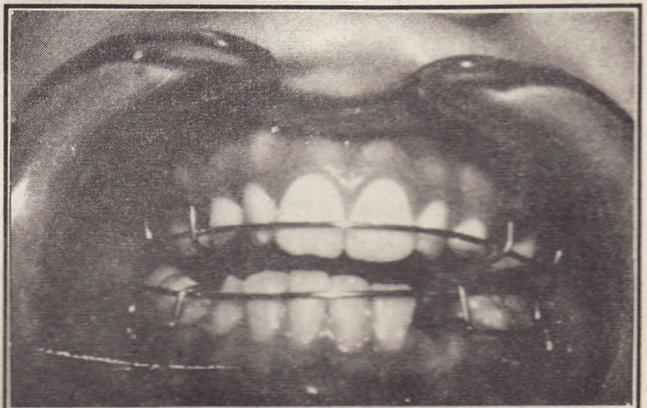
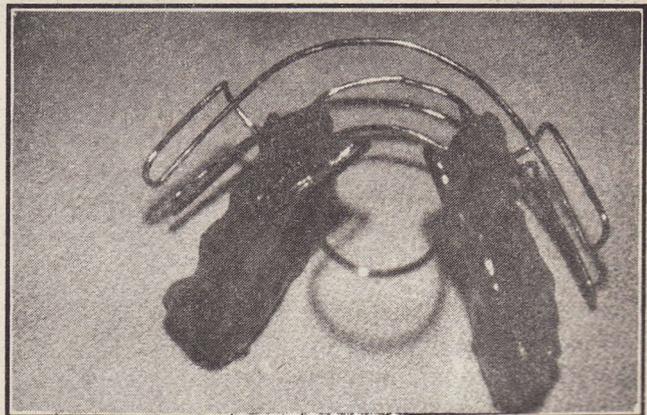
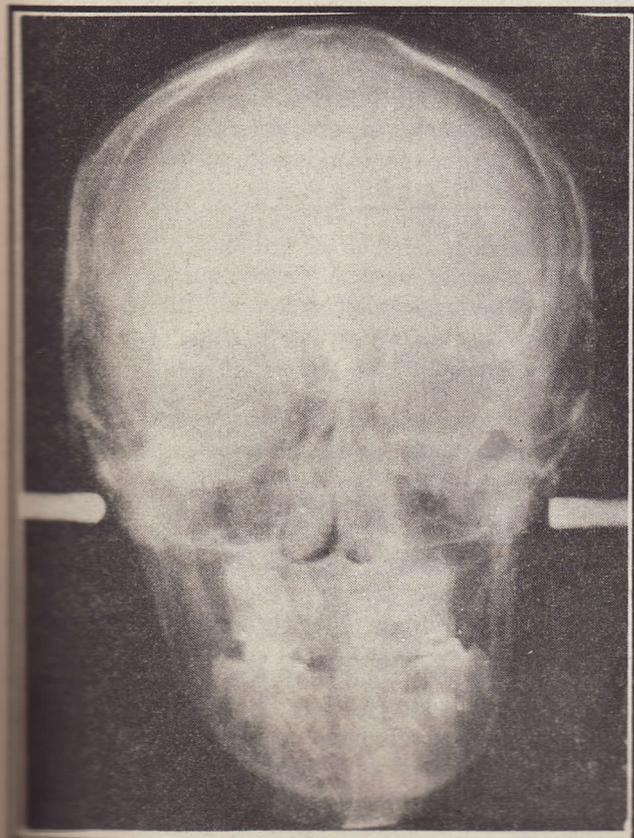
La paciente de 11 años presentaba mordida lateral izquierda con un desplazamiento mandibular equivalente

al ancho de un incisivo, como puede apreciarse en las fotografías N° 15-16 y 17. El lateral superior izquierdo en palatoclusión ha abrasionado el antagonista.



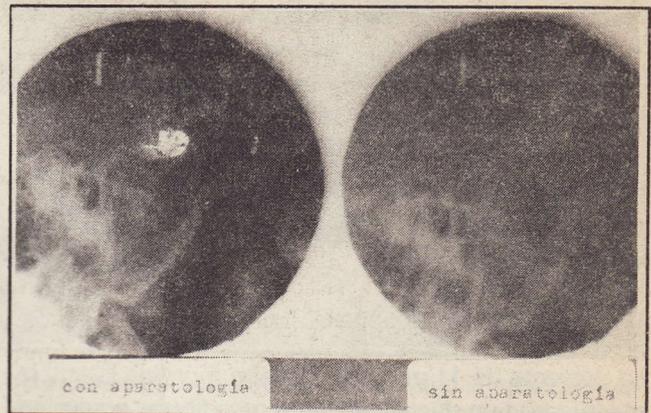
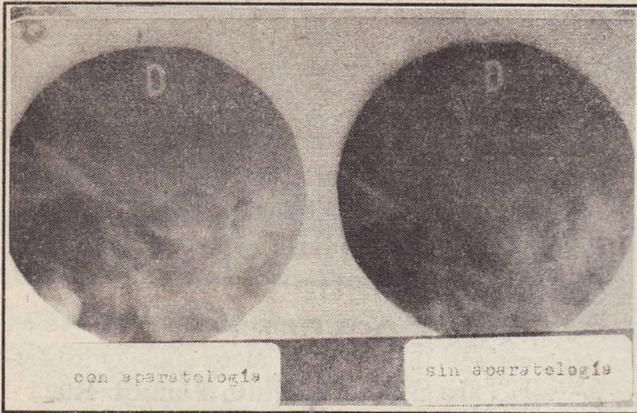
En la telerradiografía posteroanterior (Fotogr. N° 18) se observa claramente la desviación mandibular, con la consecuente asimetría facial. La condilografía muestra del lado derecho (contralateral) infracondilismo; lógico

desplazamiento condíleo por la rotación mandibular. Utilizamos en esta etapa un activador (fig. N°19 que confeccionamos con una mordida constructiva (Fig. N°20)



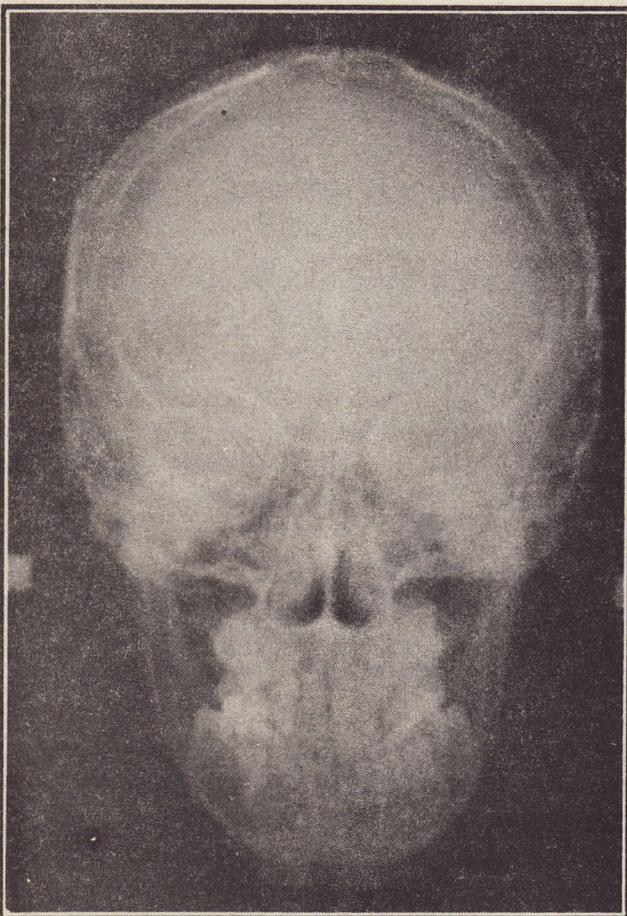
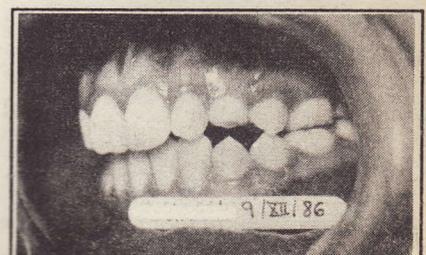
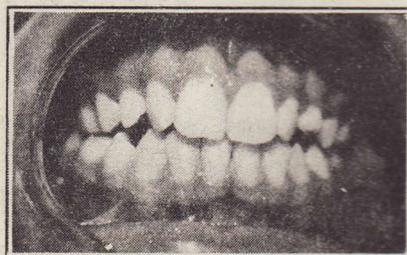
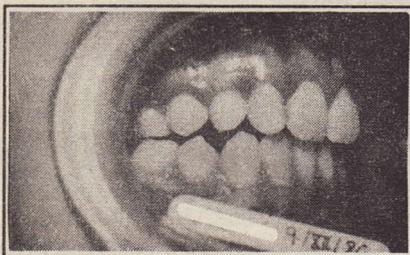
Con la colocación de la aparatología se registraron radiográficamente las posiciones condíleas con y sin apa-

rato, como puede apreciarse en las figuras 21 y 22. Sin duda la aparatología mejoraba la situación.



Después de un año de tratamiento se logró la corrección de la láterodesviación (fig. Nº 23, 24 y 25) y es no-

toria en la telerradiografía posteroanterior la obtención de una imagen simétrica (Fig. Nº26)



Resúmen y conclusiones:

Por todo lo expuesto, con el objetivo de prevenir las disfunciones cráneo-mandibulares, consideramos impostergable el tratamiento temprano de las láterodesviaciones, procurando que el mismo se realice en el menor tiempo posible, con la aparatología adecuada para cada caso, o... tal vez sin ella, para corregir el defecto de desarrollo que se ha producido, permitiendo el crecimiento simétrico maxilar y la función equilibrada de ambas articulaciones temporomandibulares.

En un plan de tratamiento de ortodoncia puede constituir una etapa de transición aislada que se interrumpe cuando se ha logrado la corrección (ortodoncia interceptiva), o una etapa anticipada o simultánea en tratamientos más complejos, como observamos en el caso Nº3.

Considero que quienes nos dedicamos especialmente al trabajo en la clínica, si nos informamos regularmente sobre los hallazgos que numerosos grupos de investigadores permanentemente realizan, estaremos capacitados en primer lugar a orientar nuestros tratamientos con bases científicas y, en segundo lugar a efectuar investigación clínica.

Y me parece oportuno citar los conceptos que el Dr. Petrovic nos dejó en su Curso realizado en Buenos Aires en 1985: "Sólo hay una realidad: no hay una realidad para el clínico y otra para el investigador".

Cada vez nos preocupamos más por llegar a un diagnóstico con menor margen de error; y de no perder de vista el objetivo cuando elegimos la técnica, considerando que ella sólo será el medio.