

XX Reunión Anual de la Sociedad de Odontología Pediátrica

Eivissa-Ibiza, 27-30 de Mayo de 1998

COMUNICACIÓN ORAL: PREMIO “M^a LUISA GONZALVO”

1^{er} Premio: M^a Victoria Bolaños Carmona

“El método de Nolla en los pacientes odontopediátricos actuales”

1^{er} Accésit: Rosario Asensio Loren

“Actitud terapéutica en pacientes con enfermedades sistémicas asociadas”

2^o Accésit: Patricia Gatón Hernández

“Internet y la Odontopediatría”

POSTER: PREMIO “JUAN PEDRO MORENO”

1^{er} Premio: Montserrat Sánchez López

“Posibilidad de tratamiento de la mordida cruzada posterior en dentición temporal y mixta temprana” *(se reproduce en la página siguiente)*.

1^{er} Accésit: Isabel Ferrer Tuset

“Complicaciones del autotrasplante de gérmenes dentarios. Presentación de 2 casos”

POSIBILIDADES DE TRATAMIENTO DE LA MORDIDA CRUZADA POSTERIOR DE DENTICIÓN TEMPORAL Y MIXTA TEMPRANA

Sánchez López M.; Cahuana Cárdenas A.; Aparicio Guirao E.
Servicio de Odontopediatría y Ortodoncia. Hospital Universitario Sant Joan de Déu, Barcelona

INTRODUCCION

La mordida cruzada posterior (MCP) es una maloclusión frecuente, con una prevalencia entre un 8%¹ a un 22%²⁻⁴ tanto en la dentición temporal como mixta, con predominio unilateral. En su etiología destacan la respiración oral⁵⁻⁶ y los hábitos de succión no nutritivos^{1,2,4,7}.

La mayoría de MCP unilaterales son consecuencia de una alteración funcional por interferencias oclusales⁸. El tratamiento precoz está justificado para evitar alteraciones de la ATM y posible crecimiento facial asimétrico^{9,10}.

OBJETIVO

Exponer las posibilidades terapéuticas, junto con sus ventajas e inconvenientes basándonos en la experiencia personal.

MATERIAL Y METODO

Revisión retrospectiva aleatoria de 58 casos de MCP en dentición temporal y mixta temprana. Se valoró la opción terapéutica, duración, nº de activaciones, incidencias y % de éxitos y de fracasos del tratamiento con tallado de interferencias (Tallado) (Fig. 1,2), placa de expansión removible (Pl. Exp. R.) (Fig. 3,4), Quad-Helix (QH) (Fig. 5,6,7) y Disyuntor de McNamara (DY. McNamara) (Fig. 8,9,10).

RESULTADOS

La edad media de la muestra fue de 7.4 ± 1.4 años. 25% de niños en dentición temporal y 75% en mixta precoz. Un 89.6% fueron MCP unilaterales.

En la tabla 1 se expresan el porcentaje de fracaso, la duración del tratamiento activo y pasivo y las incidencias. El 31% de los pacientes acudieron alguna vez a la consulta por urgencia, el 96.3% fueron QH. El promedio de QH/niño fue d 1.3 y el de placa de expansión/niño de 1.2.

METODO EXPANSION	Nº CASOS	FRACASO	TTO. ACTIVO	TTO. PASIVO	INCIDENCIAS URGENCIA NIÑO
TALLADO	8 (13.7%)	25%	17.4 meses		0
PLACA EXPANSION REMOVIBLE	14 (24.1%)	20%	9.6 meses	4.7 meses	0.3
QH	30 (51.7%)	10%	5.6 meses	4.6 meses	0.8
DY McNAMARA	6 (10.3%)	0%	16.3 días	2 meses	0

En la tabla 2 se muestran las ventajas e inconvenientes.

	TALLADO	PLACA EXPANSION	QUAD-HELIX	DISYUNTOR McNAMARA
VENTAJAS				
Manejo fácil	++	++	+	+
Resolutivo	+	++	++	+++
Tiempo sillón	+++	+	++	+
Tolerancia	+++	++	++	++
INCONVENIENTES				
Coste elevado	+	++	++	+++
Urgencias		+	+++	+

TALLADO INTERFERENCIAS: Poco resolutivo, fácil manejo, elevado tiempo de sillón, tiempo prolongado de tratamiento.

PLACA DE EXPANSION: Medianamente resolutivo, buena tolerancia, fácil manejo, no control rotación de molares, coste adicional laboratorio.

QUAD-HELIX: Resolutivo, buena tolerancia, controla bien rotación de molares, hay muchas urgencias.

DY DE McNAMARA: Muy resolutivo, tolerable, fácil manejo.

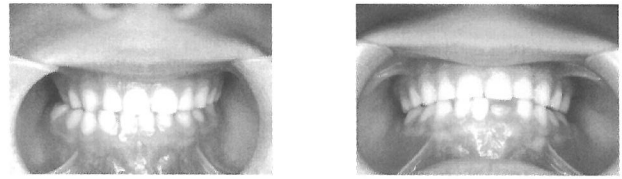


Fig. 1,2. Tratamiento con tallado de interferencias.

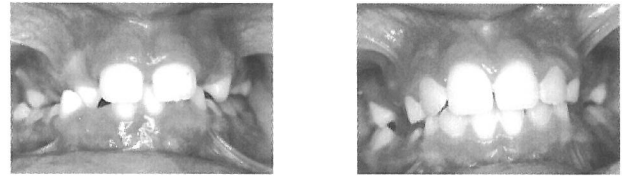


Fig. 3,4. Tratamiento con placa removible de expansión.



Fig. 5,6,7. Tratamiento con QH.



Fig. 8,9,10. Tratamiento con disyuntor de McNamara.

CONCLUSIONES

1. El tratamiento se individualizará en función de la edad y colaboración del niño.
2. En casos de dentición temporal puede iniciarse como primera opción de tratamiento el tallado de interferencias (caninos).
3. Destacan el QH y el disyuntor de McNamara como las más resolutivas. La placa de expansión se reservaría para niños de difícil manejo, displasias de esmalte o con dificultad de mantener índices de caries bajos.
4. El odontopediatra juega un importante papel en el diagnóstico y tratamiento de la MCP, en edades tempranas.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Larsson E.: Dummy-and finger-sucking in 4-years-old. Swed Dent J 1975; 68: 219-224.
- 2.- Modér T, Odenrick L, and Lindner A.: Sucking habits and their relation to posterior cross-bite in 4-year-old children. Scand J Dent Res 1982; 90: 323-328.
- 3.- González-Cuesta FJ, Tejero A, Wang E.: Estudio epidemiológico de las maloclusiones en dentición temporal en una muestra de 434 preescolares. Odontología Pediátrica 1995; 4: 15-22.
- 4.- Cahuana A, et al.: Posterior crossbite prevalence in a group of 200 children (3-4 years of age) and relationship with oral habits and disfunctions. Poster. 4th congress of EAPD. May 2nd-5th 1998-Porto Cervo, Costa Smeralda.
- 5.- Oulis CJ, Vadiakas GP, Ekonomides J, Dratsa J.: The effect of hypertrophic adenoids and tonsils on the development of posterior crossbite and oral habits. J Clin Pediatr Dent 1994;18:197-201.
- 6.- Hultcranz E, et al.: The influence of tonsillar obstruction and tonsillectomy on facial growth and dental arch morphology. Int J Pediatr Otorhinolaryngol. 1991; 22: 122-134.
- 7.- Svedmyr B.: Dummy sucking. A study of its prevalence, duration and malocclusions consequences. Swed Dent J 1979; 3: 205-210.
- 8.- Brini I, Ben Basset Y, Blustein Y, et al.: Skeletal and functional effects of treatment for unilateral posterior crossbite. Am J Orthod Dentofac Orthop 1996; 109: 173-179.
- 9.- Thilander B, Wahlund S, Lennartsson B.: The effect of early interceptive treatment in children with posterior crossbite. Eur J Orthod 1984; 6: 25-34.
- 10.- Schöder U, Schöder I.: Early treatment of unilateral posterior crossbite in children with bilaterally contracted maxillae. Eur J Orthod 1984; 6: 65-69.

SEA PROFESIONAL, EVITE EL CONTAGIO

Este artículo aparecido en JADA hace referencia a los 21 aspectos que forman la base mínima de un programa eficaz de control de la infección dental y que incluyen: una buena historia médica del paciente, vacunación de la hepatitis B, colutorios antisépticos, jabón antiséptico, guantes de goma desechables, máscaras desechables, protección de los ojos, uniforme desinfectado, dique de goma, sistema de eliminación de agujas y otros elementos cortantes, piezas de mano esterilizables, aparato de limpieza por ultrasonidos, almacenamiento estéril del material de clínico, esterilizador, monitorización de la esterilización, glutaraldehidos, limpieza de superficies, desinfección de superficies, cubiertas de superficies, sistema adecuado de eliminación de residuos, seguridad en el trabajo...

La mayor parte de las enfermedades potencialmente infecciosas son asintomáticas y por otra parte sin diagnosticar. Un efectivo control de la de la infección deberá ser conducido como una rutina dentro de la actividad profesional. Este artículo hace un listado de 21 aspectos que forman la base de un programa dental efectivo de control de la infección.

Cottone JA, Molinari JA. JADA 1991;123:33-41.