



DR. JOSÉ LARENA-AVELLANEDA MESA
Prevención de las Mordidas Cruzadas en el Niño
Una hipótesis de hace 100 años

JUEVES PEDIÁTRICO, 26 DE MARZO DE 2009

Prevención de las Mordidas Cruzadas en el Niño

Una hipótesis de hace 100 años

En 1913, Marshal relaciona la maloclusión de mordida cruzada con el hábito postural craneal de dormir sobre el mismo lado y lo denomina "PILLOWING" (pulvinismo). Sus consecuencias varían desde deformidades óseas craneofaciales, maloclusiones de mordida cruzada de origen óseo y disfunciones temporomandibulares, hasta el "Síndrome del Compromiso Mandibular (CAT), caracterizado principalmente por cefaleas e inestabilidad. Las cefaleas pueden ser migrañosas, tensionales, de Horton, etc, y la inestabilidad, mareos, vértigos, Meniere, etc.



Figuras I y II

Niño de 5 años de edad. Dentadura temporal. Afecto de pulvinismo por hábito postura craneal de descanso e interposición de las manos sobre su lado derecho: *maloclusión de mordida cruzada derecha*. Duerme y mastica por su lado derecho.

La deformidad ósea del cráneo facial puede ocurrir desde los primeros meses hasta los seis años de edad, quedando reflejada dicha asimetría ósea en la alteración de la oclusión dentaria al producirse una mordida cruzada unilateral, al quedar situados los dientes de arriba por dentro de los de abajo.



Figura III

Niña de 5 años de edad. Dentadura temporal con maloclusión de mordida cruzada derecha. Duerme y mastica por su lado derecho.

Los dientes son víctimas y no causa. La causa es la *deformidad ósea* debida a la presión de la fuerza de la gravedad sobre las estructuras óseas, todavía blandas, del maxilar superior en el niño por el peso del cráneo. La asimetría ósea ocasionará la mordida cruzada y ésta será la responsable de que el niño mastique sólo por el lado de la mordida cruzada ya que mecánicamente le es mas rentable al aparato masticatorio, le cuesta menos esfuerzo.

La suma de la morfología invertida y la función unilateral establecerá una pérdida del espacio normal en la región geniana posterior, en el lado de la mordida cruzada, quedando muy contiguas la superficie de la cara interna de la rama vertical mandibular y la cara vestibular del maxilar superior a nivel de la tuberosidad. De tal forma que durante los movimientos de masticación, fonación, protrusión, cierre, etc., la mandíbula impactará continuamente contra la tuberosidad y los dientes maxilares. Dicha impactación mandibular dará lugar a los síntomas de *cefaleas* y *mareos*, el cuadro clínico del CAT.



Figura IV

Niña de 10 años de edad. Dentadura mixta. Maloclusión de mordida cruzada derecha. Duerme y mastica por su lado derecho. Cefaleas y mareos desde los 6 años: CAT por falta de espacio en la región geniana posterior derecha que hace impactar la cara interna de la rama vertical mandibular contra la tuberosidad del maxilar superior, en las posturas de descanso craneal y al moverse la mandíbula.

El paciente suele mantener de por vida el mismo lado de dormir y el hábito de colocación de mano o brazo para apoyar la cabeza dormido y despierto, de tal forma que dicho hábito condicionará continuamente a mantener dicha asimetría ósea y consecuentemente la maloclusión dentaria, además de proporcionar el estímulo de presión que despierta la cefalea y los mareos, el CAT.



Figura V

Hábito postural de descanso craneal en mesa apoyado en la mano.

Este fenómeno de *impactación mandibular* es el responsable de las *cefaleas*, de los *mareos* y de todo un cuadro clínico propio y característico, el *Síndrome del Compromiso Mandibular* (CAT), que se va instaurando paulatinamente agotando las capacidades de adaptación del organismo, haciendo de desencadenante cualquier estímulo de presión, como posturas de descanso (dormir, siesta, etc.) o activas (ordenador, deportes, conducir, etc.), cambio de lado de masticación (por dolor, exodoncia e iatrogenia), bostezo, etc.



Figura VI

Adulto de 23 años. Dentadura permanente. Maloclusión de mordida cruzada derecha. Duermee y come por su lado derecho. Cefaleas y mareos: CAT lado derecho.

DIAGNÓSTICO

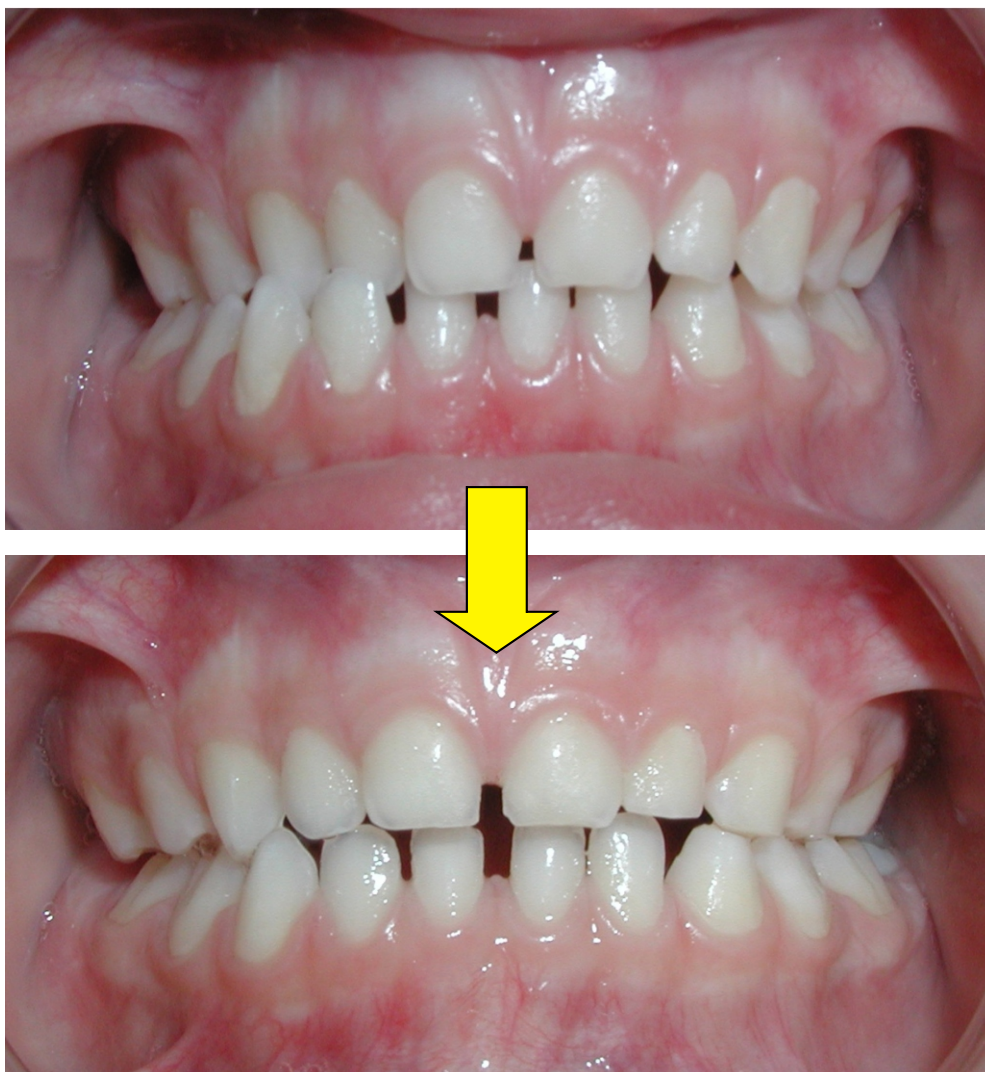
El diagnóstico es muy sencillo: dolor a la palpación en la zona de impacto mandibular. Test de Romberg (+) para comprobar la inestabilidad. Además podemos hacer la prueba de la anestesia en la misma zona y comprobar como en segundos se negativiza el Romberg.

Hay que tener en cuenta que las cefaleas y los mareos invalidan al paciente para llevar a cabo una vida normal. Que si no tratamos y eliminamos el CAT, a parte de sufrir unos tratamientos sólo paliativos que no curativos, sufrirá la consiguiente merma de calidad de vida y el gran coste económico que conllevan.

TRATAMIENTO

Entendemos que la mejor medida para evitar las maloclusiones de mordida cruzada, las disfunciones y, lo peor de todo, el cuadro clínico del CAT, son los *medios preventivos posturales* basados en el *cambio alternativo de postura craneal de descanso desde el nacimiento hasta la edad de los 6 años*, con el objeto de no condicionar ni el mismo lado de apoyo craneal ni el mismo lado de masticación, para evitar cualquier tipo de asimetría ósea que nos condicione morfológica y funcionalmente su aparición.

Estas medidas preventivas suponen una colaboración entre las madres, pediatras y dentistas para hacerles comprender, a aquellas, la importancia de tales medidas y lo que les puede suponer el no tener que sufrir una serie de tratamientos tardíos que serán paliativos de algunos síntomas con objetivos estéticos pero que ya no solucionarán las asimetrías óseas ni sus consecuencias. De ahí *la importancia de un diagnóstico lo mas precoz posible*, durante la dentadura temporal y no esperar a los seis años, a la dentadura mixta, porque entonces los cuatro primeros molares definitivos se establecerán en desequilibrio oclusal y funcional resultando mucho mas complicado, por no decir imposible, las correcciones de las asimetrías óseas.



Figuras VII y VIII

Niño de 5 años de edad. Dentadura temporal. Corregida la maloclusión de cruzada derecha con tallados, aparatología removible y ayudándonos del cambio de lado de dormir y de masticar. Tratamiento precoz.

El método de tratamiento realizado no es ortodoncia sino Rehabilitación Neuro-Oclusal. El objetivo no es mover los dientes sino situar correctamente la mandíbula en relación al maxilar superior. Así se corrige la oclusión y la deformación ósea producida por el pulvinismo en base a cambiar el lado de dormir y de masticar para restablecer el equilibrio oclusal y funcional del aparato masticatorio. Haciendo el tratamiento a esta edad, durante la dentadura temporal, tenemos la tranquilidad de suprimir la asimetría ósea ocasionada por el pulvinismo y de rehabilitar totalmente el aparato masticatorio.

Si nos encontramos que en la dentadura temporal ya se ha establecido la mordida cruzada *tenemos que resolverla antes de que se articulen oclusalmente los molares de los 6 años*, comienzo del periodo de la dentadura mixta, por que de lo contrario, todo el aparato masticatorio se desarrollará en desequilibrio oclusal y funcional y la asimetría ósea no desaparecerá trasladándose a la dentadura permanente.



Figura IX

Niña de 5 años de edad. Dentadura mixta. Maloclusión de mordida cruzada derecha. Todavía no están articulados oclusalmente los cuatro primeros molares definitivos.

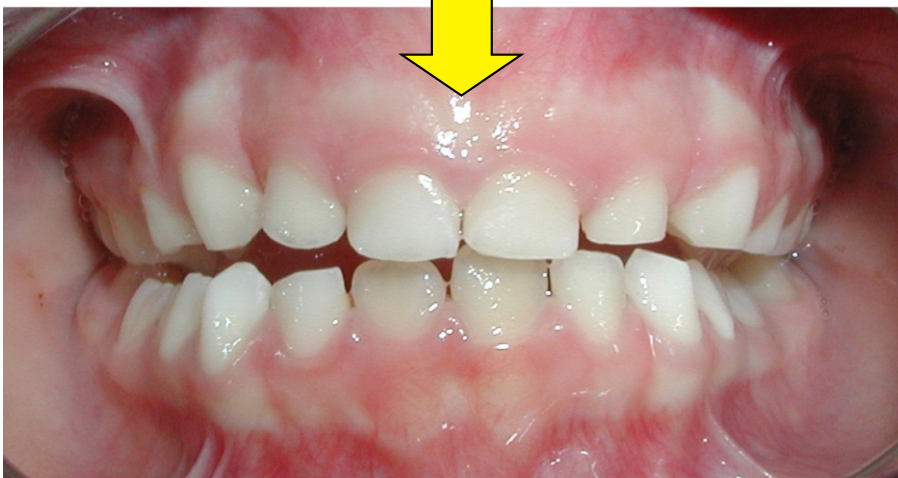


Figura X

La misma niña a los 6 años. Dentadura mixta. Corregida la maloclusión de mordida cruzada con tallados, aparatología removible y ayudándonos del cambio de lado de dormir y de masticación.

Tratamiento precoz con Rehabilitación Neuro-Oclusal. Ahora está el aparato

masticatorio equilibrado gracias a la correcta posición y articulación de los cuatro primeros molares definitivos que marcarán las características funcionales de los movimientos mandibulares equilibrados, lo que nos garantiza la corrección de la asimetría ósea.

En definitiva tenemos dos formas de actuar:

1ª. Con la prevención postural de descanso craneal ayudado de controles de la oclusión dentaria para asegurarnos que la masticación se realiza de forma alternante.

2ª. Con tratamientos precoces con Rehabilitación Neuro-Oclusal de los hábitos de postura craneal y corrección de las maloclusiones durante la dentadura temporal.

Así podremos evitar las asimetrías óseas, disfunciones y el CAT en la dentadura mixta y/o permanente, porque mas tarde no se resuelve el problema sino que se agrava ya que para corregir la mordida cruzada robamos mas espacio de la región geniana posterior porque es necesario vestibular los dientes maxilares superiores con lo que los acercamos mas aún a la cara interna de la rama vertical mandibular. Tenemos que suprimir el pulvinismo para facilitar los resultados y evitar las recidivas en los tratamientos de las maloclusiones de mordida cruzada.

Mas información en: <http://www.step.es/personales/jlarena/>



JUEVES PEDIÁTRICO
Dr. José Larena-Avellaneda Mesa
Médico Estomatólogo