



CONTROL VERTICAL.

Denominamos así a una variedad de maniobras terapéuticas destinadas a corregir las clases II, de tipo vertical, y ciertas mordidas abiertas.

Las mordidas abiertas de origen esquelético provocan problemas funcionales y estéticos importantes por lo que es necesario reconocerlas y tratarlas en el momento oportuno.

Indicaciones clínicas de control vertical:

- 1) **Clases II verticales**, particularmente en pacientes malos crecedores. (dóxicos, con rama corta, eje facial abierto)
- 2) **Clases II donde este contraindicada la retrusión del labio superior.** (tengo overjet, pero no lo puedo solucionar con retrusión de los incisivos superiores, porque el labio superior esta al limite o por detrás de la norma con respecto a Sn.)
- 3) **Mordidas abiertas esqueléticas.**

Características

- a) Cierre labial forzado, lo que trae hiperactividad de la musculatura elevadora, dolores de cabeza, e inestabilidad de las posiciones dentarias. El cierre labial es determinante de la posición de los incisivos
- b) Mentón retruido.
- c) Tercio inferior aumentado
- d) Falta de surco mentolabial (provocado por el aumento vertical del tercio inferior)
- e) Respiración bucal.

Cuando estoy frente a una clase II, por déficit mandibular, puedo redireccionar el crecimiento pero poco puedo hacer sobre su magnitud.

La mayoría de los cambios son dentoalveolares, los cambios esqueléticos son convenientes que se efectúen cuando hay mayor crecimiento, (pick prepuberal) y en las niñas es cuando erupcionan los premolares.

Cualquier medida terapéutica que pueda frenar el crecimiento vertical dentoalveolar va a redireccionar el crecimiento mandibular.

Esta modificación de la dirección de crecimiento mandibular, se ve mas afectada cuanto mas posterior sea la detención del crecimiento de la alveolar superior, por ello toman importancia la terapéutica que conocemos como control vertical. Por cada mm de intrusión molar se produce un cierre de la mordida anterior de 2 o 3 mm. El fenómeno vertical que buscamos (control vertical) no es exclusivamente de intrusión, sino que fundamentalmente, un

fenómeno de restricción de crecimiento al que se agrega un tercer fenómeno que es el torque molar.

Es importante resaltar que esta contraindicada la intrusión molar cuando tengo un plano oclusal de valor negativo por que se va a paralelizar a la eminencia comprometiendo el funcionamiento de la guía anterior en la desoclusión posterior.

El crecimiento de la cara en sentido vertical es el resultado de el descenso del maxilar superior 0,7mm, el desarrollo dentoalveolar superior 0,9 mm y de la inferior 0,7 mm lo que totaliza 0,3 mm por año.

El crecimiento posterior de la cara en sentido vertical es el resultado de el descenso de la cavidad glenoidea 0,3 mm por año y el crecimiento por cartilago del cóndilo 2,6 mm por año lo que suma 2,9 mm por año, de esto se deduce que la altura facial posterior tiene un crecimiento anual mayor que la altura facial anterior dando como resultante un crecimiento de la cara en sentido antihorario, y entonces lo que explica que el eje facial no varíe es el crecimiento de la rama.

Una rama corta es determinante de crecimiento rotacional posterior.

El control vertical se hace especialmente importante en estos pacientes.

Por cada mm de extrusión molar ANB se abre 2.5° , cualquier maniobra que extruya molares o premolares va a hacer que el mentón se vaya para atrás y abajo, lo que agrava la clase II, abre la mordida o vuelve insuficiente el entrecruzamiento para la guía anterior, y aumenta el tercio inferior favorece la incompetencia labial.

Por ello no es aconsejable el uso de Fuerza extraoral de tiro bajo.

Cualquier maniobra terapéutica que logre controlar verticalmente el crecimiento, va a ser la mejor alternativa para redireccionar el crecimiento mandibular. El mayor problema de las clases II no es la magnitud de crecimiento son la *dirección* del mismo. (Mandíbulas braqui suspendidas en el cráneo como cólicas.)

El control vertical en las clases II no solo importa por la posición del mentón sino, por el incremento de la dimensión vertical que esta asociado, lo que provoca perdida de equilibrio muscular e incompetencia labial, en cada cierre con esfuerzo estamos introduciendo fuerzas indeseables que atentan contra la estabilidad de los incisivos y además tiene un efecto estético desagradable. En una dinámica de cierre normal, no hay esfuerzo de la musculatura, el labio superior apoya contra el labio inferior y no contra los incisivos. Si hay esfuerzo, se apoya sobre la cara vestibular de los incisivos y esto es el origen de la inestabilidad dentaria postratamiento.

Dra. Alicia Bottiroli
Dra. Jorgelina Lejarza de Basile
Ortodoncia@fibertel.com.ar