



DIAGNOSTICO Y EVOLUCIÓN DE TRATAMIENTO DE UNA ANOMALIA COMPLEJA ASIMETRICA EN DENTICION MIXTA

Diagnosis and treatment evolution of a complex asymmetrical anomaly in mixed dentition

Isabel Poggi

Especialista en ortopedia y ortodoncia DMF UDELAR

Docente Clinica PyO -IUCEDDU Especialidad

ipoggiv@gmail.com

Ines Cracel

Especialista en ortopedia y ortodoncia DF-IUCEDDU

Especialista en Odontopediatria-UDELAR

ines_90@hotmail.com

RESUMEN:A través de este estudio de caso queremos comunicar la metodología de trabajo en cuanto al examen clínico y para clínico y la elaboración del plan de tratamiento acorde con las necesidades diagnósticas que surgen del paciente. Es un abordaje que ya no consideramos como tratamiento temprano pero que guiados por los fundamentos de la ortopedia integral que desarrollamos en nuestra clínica pudimos transformar una anomalía asimétrica en simétrica. En paralelo con la equilibración de la función masticatoria promovimos el crecimiento y desarrollo de los maxilares para lograr construir una oclusión funcional acorde a la edad del paciente

PALABRAS CLAVE: anomalías asimétricas, pistas directas, placas de Deshayes, activador esqueletizado luceddu, dentición mixta

SUMMARY:Through this case study, we aim to communicate our methodology regarding clinical and paraclinical examination and the development of a treatment plan tailored to the patient's diagnostic needs. This approach, which we no longer consider early intervention, was guided by the principles of comprehensive orthopedics we have developed in our clinic, allowing us to transform an asymmetrical anomaly into a symmetrical one. In parallel with balancing masticatory function, we promoted the growth and development of the jaws to achieve a functional occlusion appropriate for the patient's age.

KEY WORDS asymmetric anomalies, direct tracks, Deshayes plates, luceddu skeletal activator, mixed dentition

SOFÍA

Fecha de nacimiento: 27/04/10

8 años y 2 meses.

Motivo de consulta: derivación.



ANTECEDENTES FAMILIARES RELACIONADOS CON LAS DISGNACIAS.

Madre recibió tratamiento ortodóncico.

ANTECEDENTES PERSONALES.

Madre recibió tratamiento de vitaminas durante el embarazo.

Nacimiento por parto a las 39 semanas sin complicaciones. 3.360 kg, 51cm.

Amamantamiento reforzado con complemento hasta los 2 meses de vida. Comenzó a incorporar alimentación sólida a los 5 meses.

Desarrollo neuro-psico-motriz s/p.

Gateó, Comenzó a caminar a los 15 meses.

Enfermedades de la infancia: tratamiento con otorrino a los 5 años por falta de audición, actualmente en alta sin particularidades.

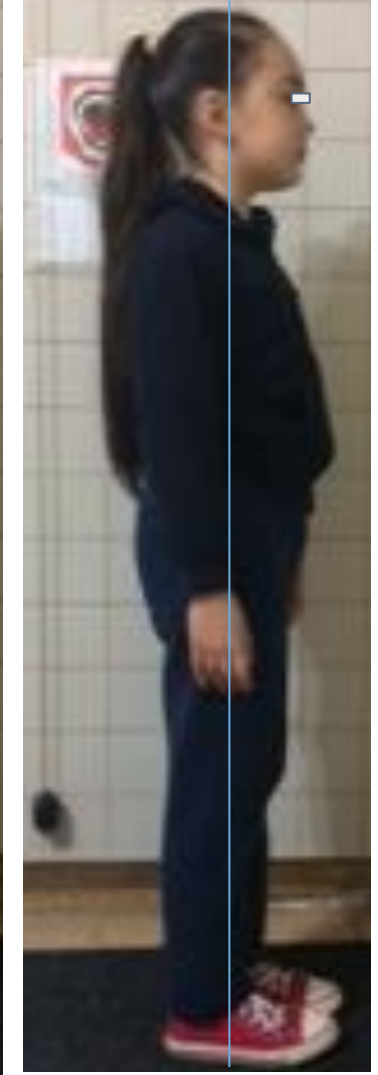
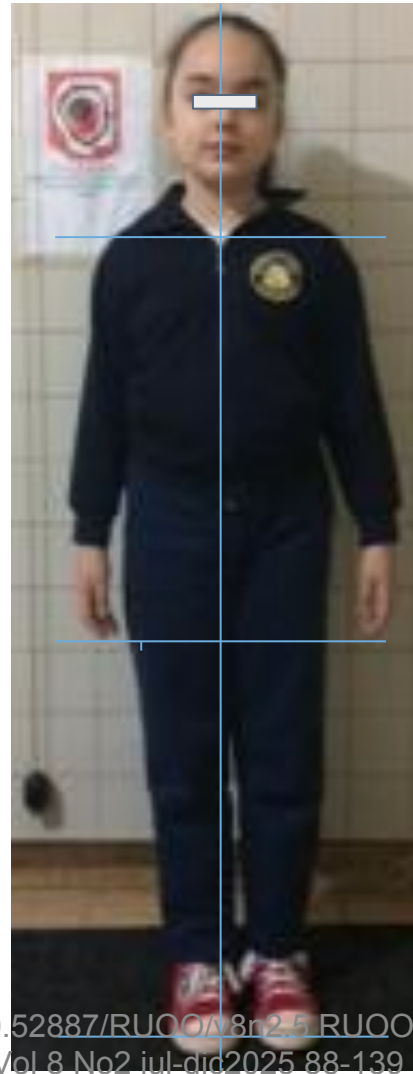
EXAMEN CLÍNICO GENERAL.

Actitud postural.
FRENTE

- Cabeza inclinada hacia la izquierda.
- Hombro izquierdo y punta de mano izquierda más altos.
- Pierna derecha sobre la línea central.

PERFIL

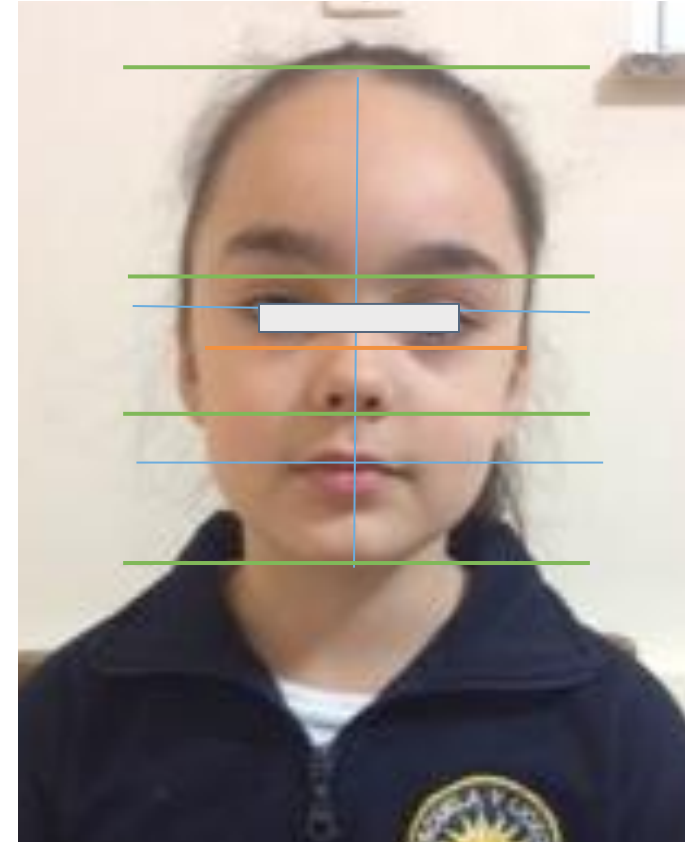
- Izquierdo, línea pasa por el centro del hombro, mano hacia adelante, centro de la rodilla y mitad trasera del pie.



EXAMEN CRANEO FACIAL.

Frente.

- Biotipo (imf): 23/21 1,09
- Línea media: asimetría: mentón desviado a derecha, asimetría vertical bipupilar, bicomisural,
 - implantación de orejas a distinta altura.
- Análisis vertical: tercio medio e inf equilibrados. Alta implantación del cuero cabelludo.
- Análisis de labios en reposo: competencia labial, no forzada.
- Surco mentoniano marcado.
- Surco naso geniano poco marcado.
- Nariz corta, respingada (puede ser indicio de anteinclinación del plano palatino), narinas permeables frontalizadas.



Evaluación de la simetría facial

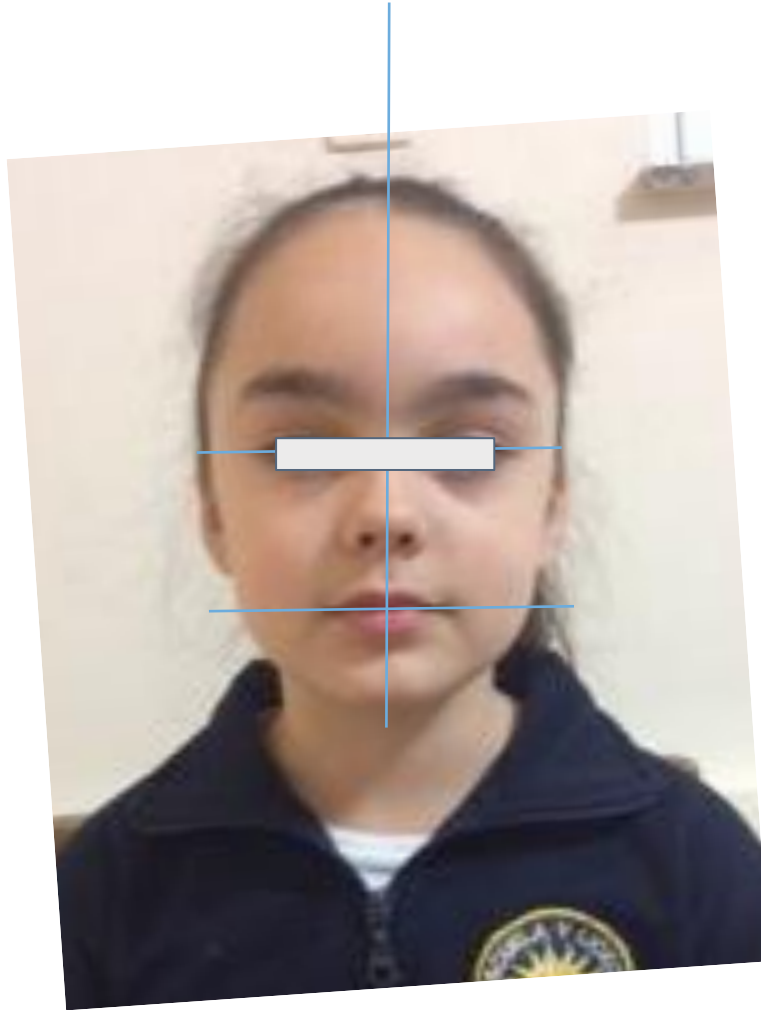
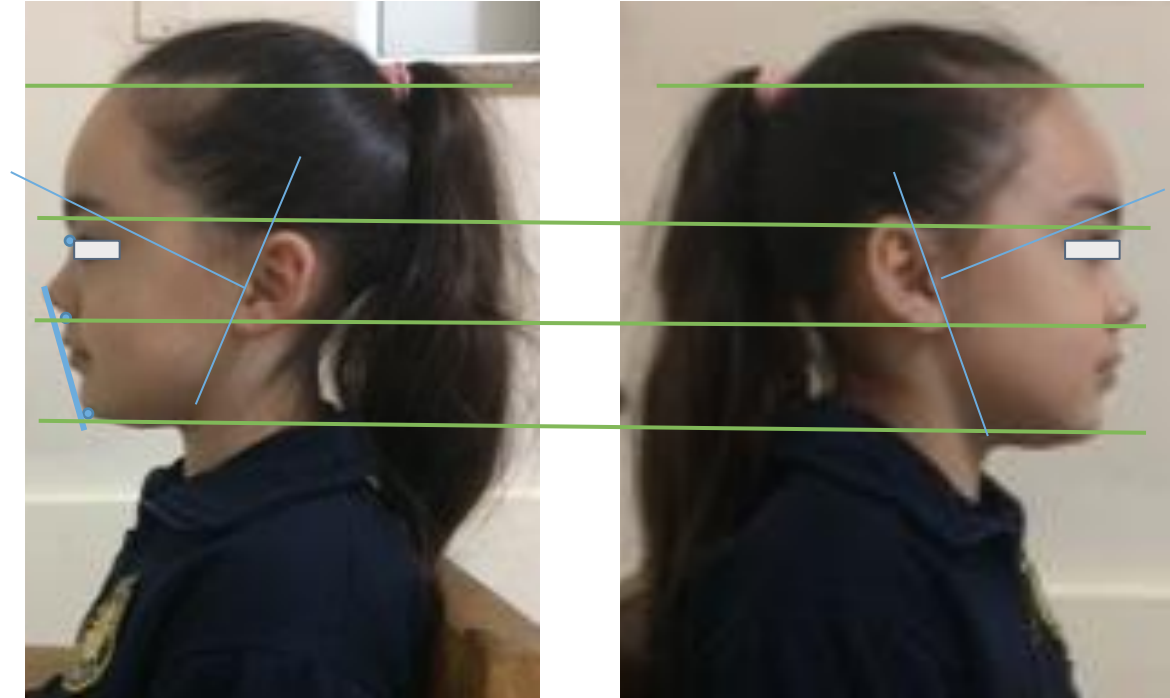


foto salvando la inclinación de la cabeza para saber cuanto de asimetría es de estructura interna y cuanta postural por ej: la Implantación de orejas a distinta altura es por la inclinación de la cabeza.
se aprecia ligera asimetría en profundidad y altura de ambas hemifaros

Perfil.

- Convexo.
 - Labios competentes. Superior más prominente.
 - Mentón poco prominente.
 - Angulo nasolabial abierto.
 - Labios por detrás de la línea estética de Ricketts.
 - Implantación de orejas a distinta altura (por la inclinación de la cabeza).
- Cinética de base de cráneo diferente evidenciada en trazado de Deshayes. Escasa y asimétrica rotación anterior (RA) del temporal

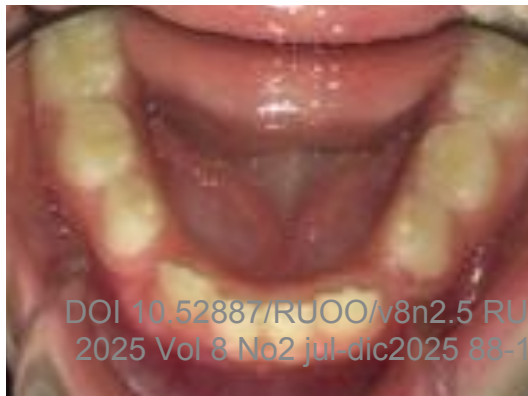


EXAMEN BUCAL.

Dentición mixta

Continente:
bóveda palatina profunda,
estrechez maxilar con mordida cruzada post,
falta de espacio para el recambio
amígdalas prominentes.

Contenido:
lengua tamaño normal,
Paradencio normal (ihos menor de 1).



Plano sagital.

Oclusión Canina no registrable.
Clase molar der 2, izq 2.
Resalte 3mm.



Plano vertical.

Rebase 4mm.

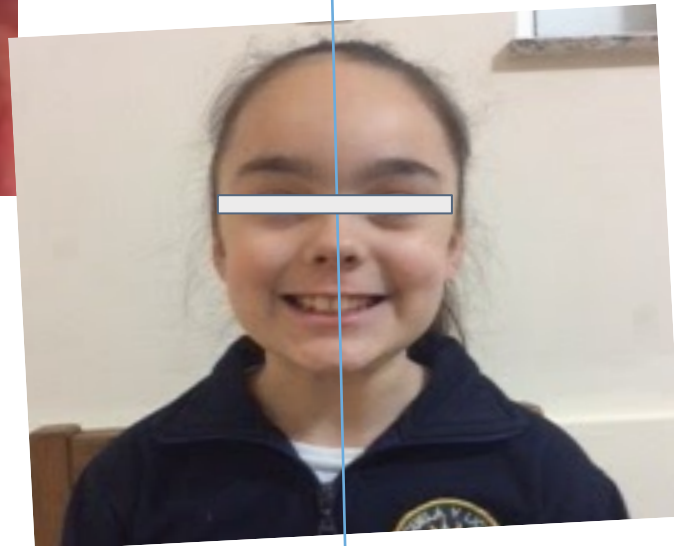


Plano transversal.

ANT: No coincidencia de líneas medias dentarias (inferior desviada a la izquierda (en este caso la desviada es la superior, se corrobora en foto sonriendo, línea dentaria superior respecto a la facial).

POST: Mordida cruzada posterior en ambos lados.
(Cuadrante 1 1er molar permanente, cuadrante 2 2do molar caduco y 1er molar permanente).

la foto enderaza para
mostrar la situación de
la linea media dent
sup



EXAMEN FUNCIONAL.

RESPIRACIÓN:

Nasal

Permeabilidad nasal

Reflejo narinario de Gudín presente

Espejo de Glatzek: empañá superior más del lado derecho. No empañá boca.

FONACIÓN: s/p, no presenta dislalias ni voz nasal.

MASTICACIÓN: la paciente relata que no tiene preferencia, test de vigor masticatorio s/p.

DEGLUCIÓN: contracción comisural, presencia de “hoyuelos”.

ATM en coordinación, sin dolor ni ruidos.

Tics: ONICOFAGIA se muerde las uñas (está tratando de eliminar el hábito).

FUNCIÓN MANDIBULAR.

En posición de reposo las líneas medias dentarias no coinciden (superior a derecha e inferior desviada a la izquierda).

ELIO más del lado izquierdo.

Trayectoria de cierre desde reposo a PMI con desvío a la izquierda.

Apertura máxima: 45mm. En la trayectoria de apertura- cierre a PMI se evidencia desvío a la derecha.

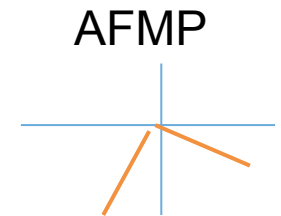
FUNCIÓN OCLUSAL.

Trayectoria de protrusión contacto de 11 y 21 con 41 y 31 con desoclusión posterior.(no acorde a la edad)

y sin desvíos.

Lateralidad derecha contacto 12 y 42.(guía anterior funcional insuficiente)

Lateralidad izquierda contacto 22 y 32(guía anterior funcional insuficiente).



Plano oclusal en relación al Plano de Camper:

FRONTAL: equidistante a derecha e izquierda

LADO DERECHO: abierto adelante. LADO IZQUIERDO: abierto adelante. (dirección distal de las fuerzas)

EXÁMENES PARACLÍNICOS.

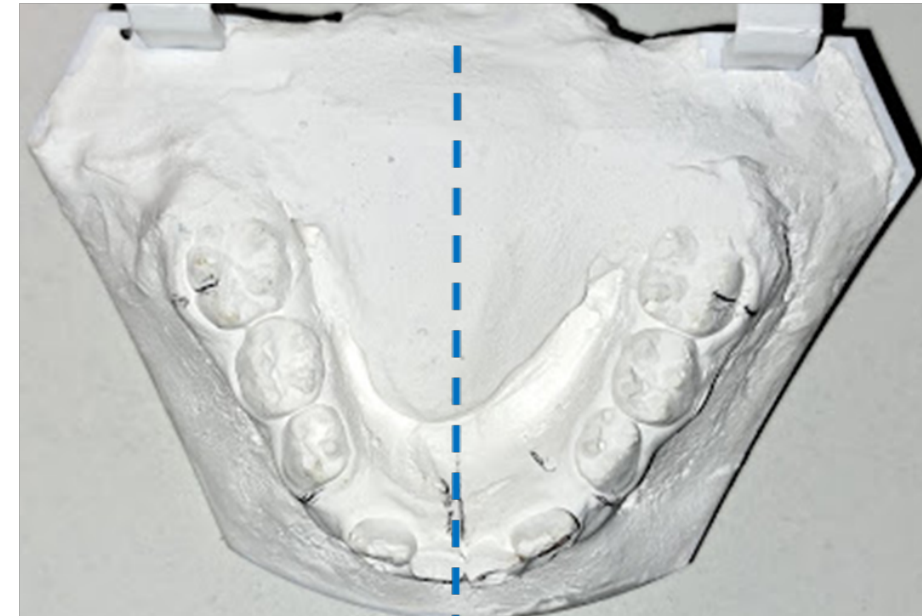
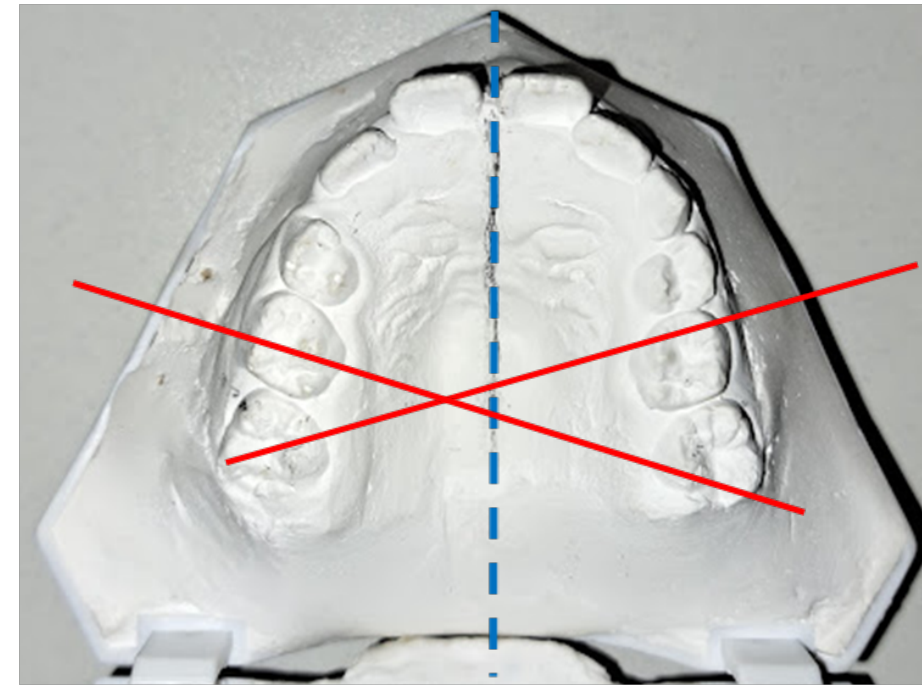
Modelos por separado.

Superior.

- Forma de arcada ovoidea. Compresión dentoalveolar sectores laterales.
- No coincidencia de líneas medias ósea y dentaria (dentaria levemente desviada a la derecha).
- Hemiarquadas asimétricas (cuadrante 2 con leve mesialización y más estrecho).
- Ausencia de p53, espacio insuficiente para el recambio.
- Molares 16 y 26 mesiorotados.

Inferior.

- Forma ovoidea.
- Coincidencia de línea media ósea y dentaria.
- Ausencia de p73 y 83.



Modelos en oclusión máxima

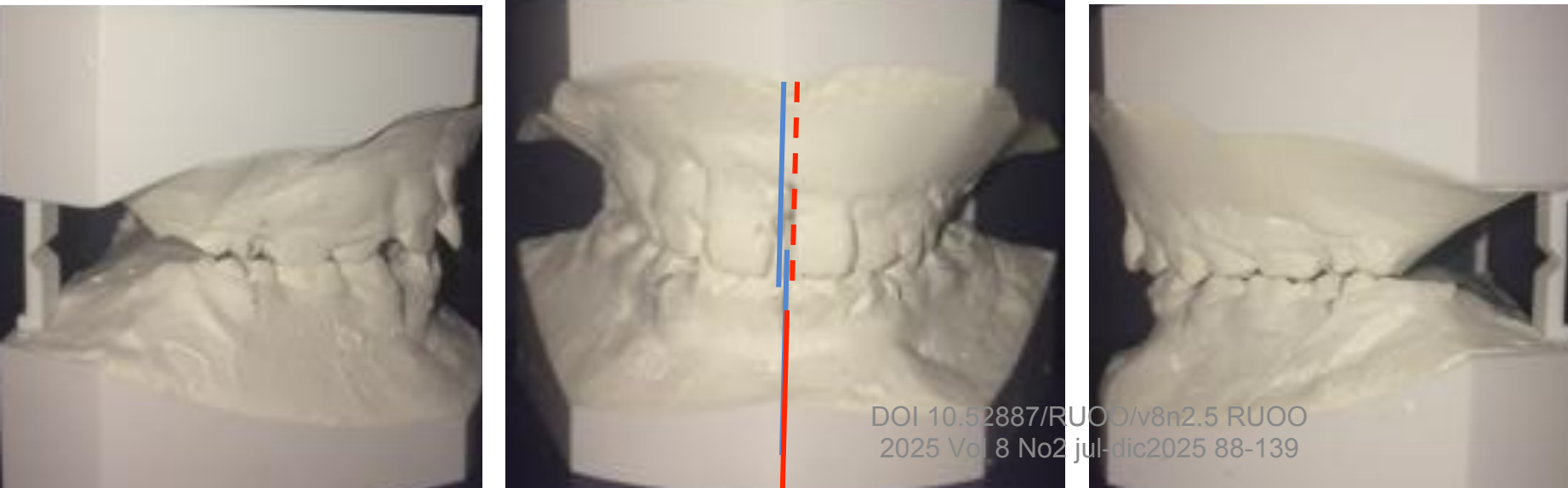
Plano sagital: relación canina no registrable.

clase molar der Clase II cruzada, izq Clase II cruzada.
resalte 3mm.

Plano vertical: rebase 4,5mm.

Plano transversal: ant: líneas medias dentarias no coinciden (azul) superior a derecha
inf coincide con la dentaria inf así que casi no desvia a la izquierda.

Líneas medias óseas (rojo) casi coinciden entre sí
post: mordida cruzada der e izq.



ESTUDIO RADIOGRÁFICO. - Panorámico.

DOI 10.52887/RUOO/v8n2.5

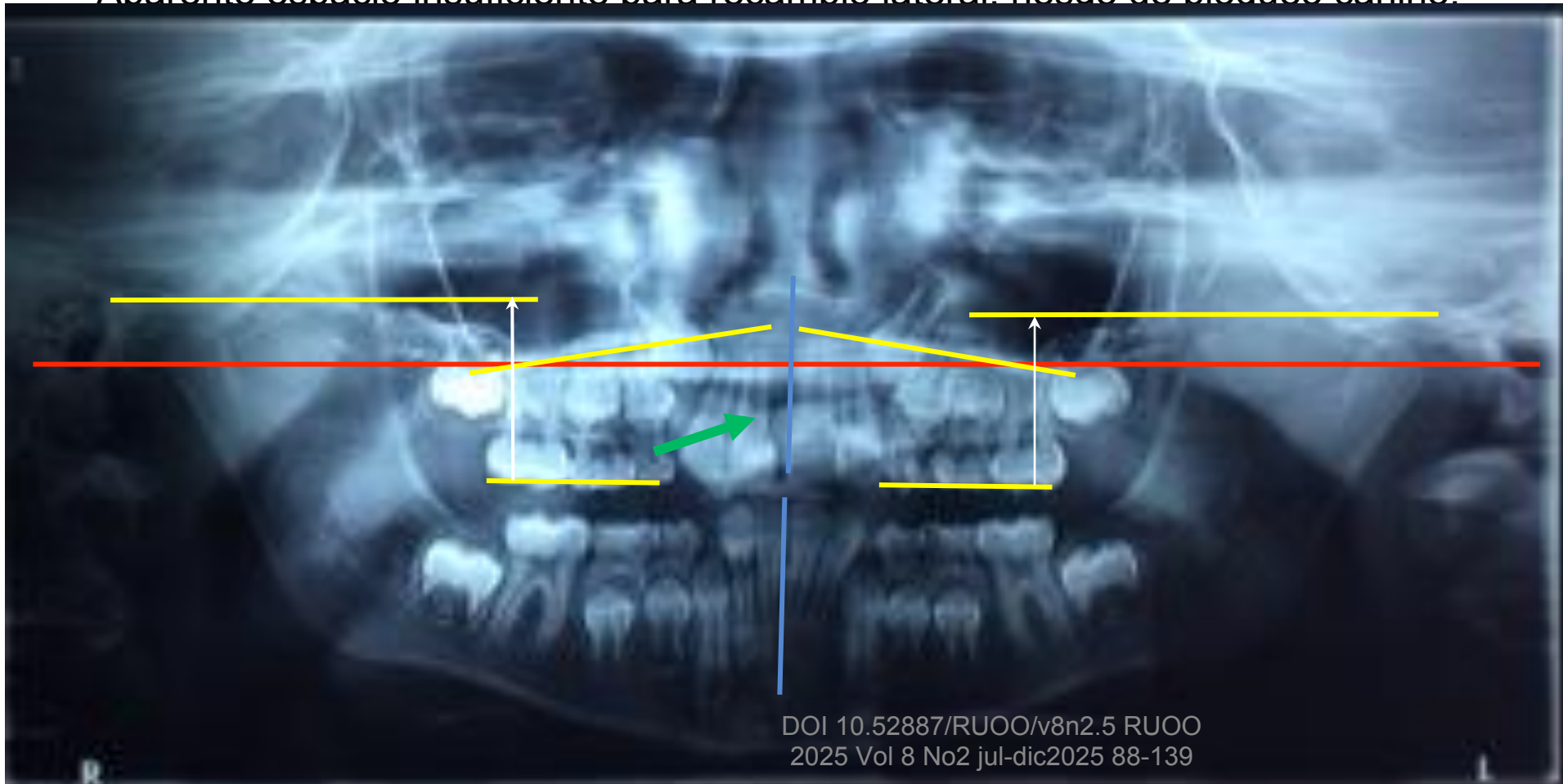
Narinas con permeabilidad disminuida. Seno derecho parcialmente velado.

Cóndilo derecho más alargado y aplanado, izquierdo redondeado y más corto sugiendo lado masticatorio preferencial.

Ligera asimetría base de cráneo mas baja la izquierda con equidistancia de plano oclusal a plano de Camper

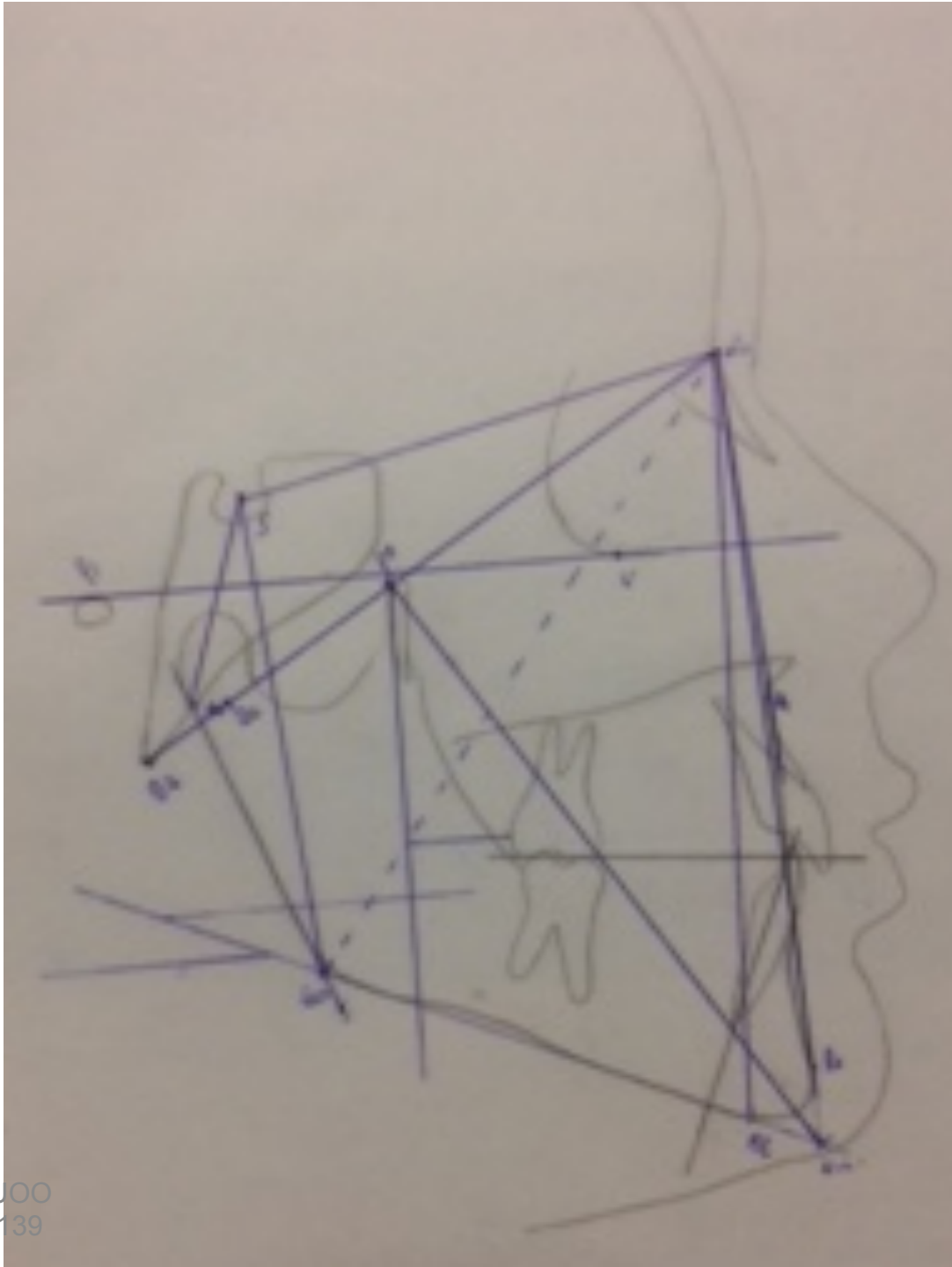
Presencia de pieza supernumeraria interincisiva.

Aparente espacio insuficiente para recambio lateral. riesgo de bloqueo canino.



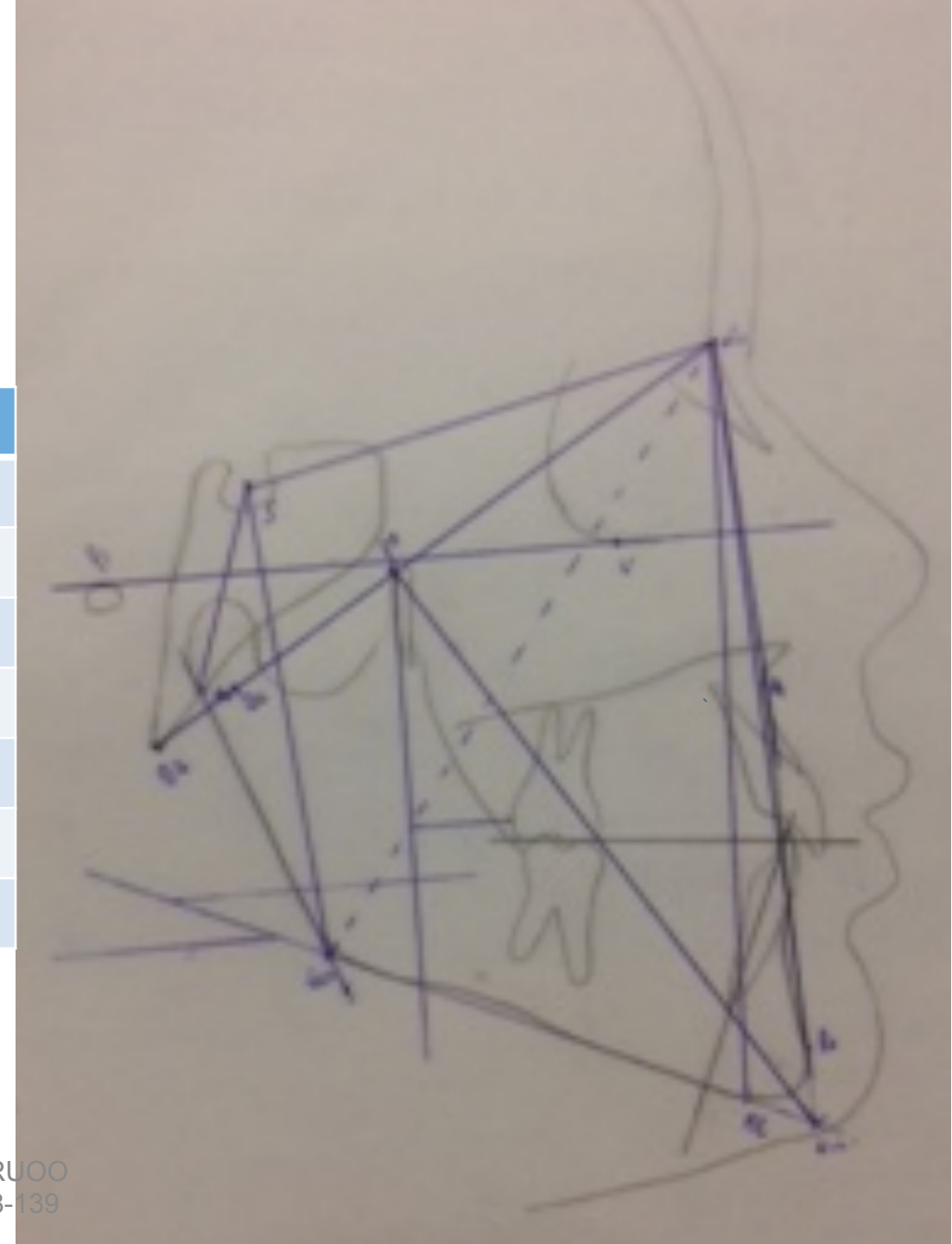
BJORK-JARABAK

Angulo de la silla	121°	123°	Poc ant mand braqui- tendencia clase III
Angulo articular	141°	143°	Rama inclinada hacia adelante favoreciendo prog
Angulo goníaco	134°	130°	Mand abierta (dolico)
Suma de angulos	396°	396°	MESOFACIAL
Angulo goníaco sup	58°	52-55°	Oblicuidad de la rama proyeccion ant de sínfisis
Angulo goníaco inf	76°	70-75°	Oblicuidad de cuerpo
Base craneal ant	70,5mm	73	} Rel 1/0,8 A LOS 11
Long cuerpo mand	68,5mm	72.5	
Base craneal post	30mm		
Altura de la rama	42,5mm		
Altura facial post	69mm		
Altura facial ant	109mm		
Rel de alturas	63,3%		Crec abajo y adelante braqui



MC NAMARA

Long max	82mm		
Long mand	116mm	101-104	Aumentada
H facial antero-inf	66mm	58-59	Aumentada
Na perp-A	-2	0mm	
Na perp-Po	-4	-8 - -6mm	
Inc sup a su base	110°	110°	
Inc inf a su base	86°	90°	retroinclinado
Angulo interinc	130°	130°	



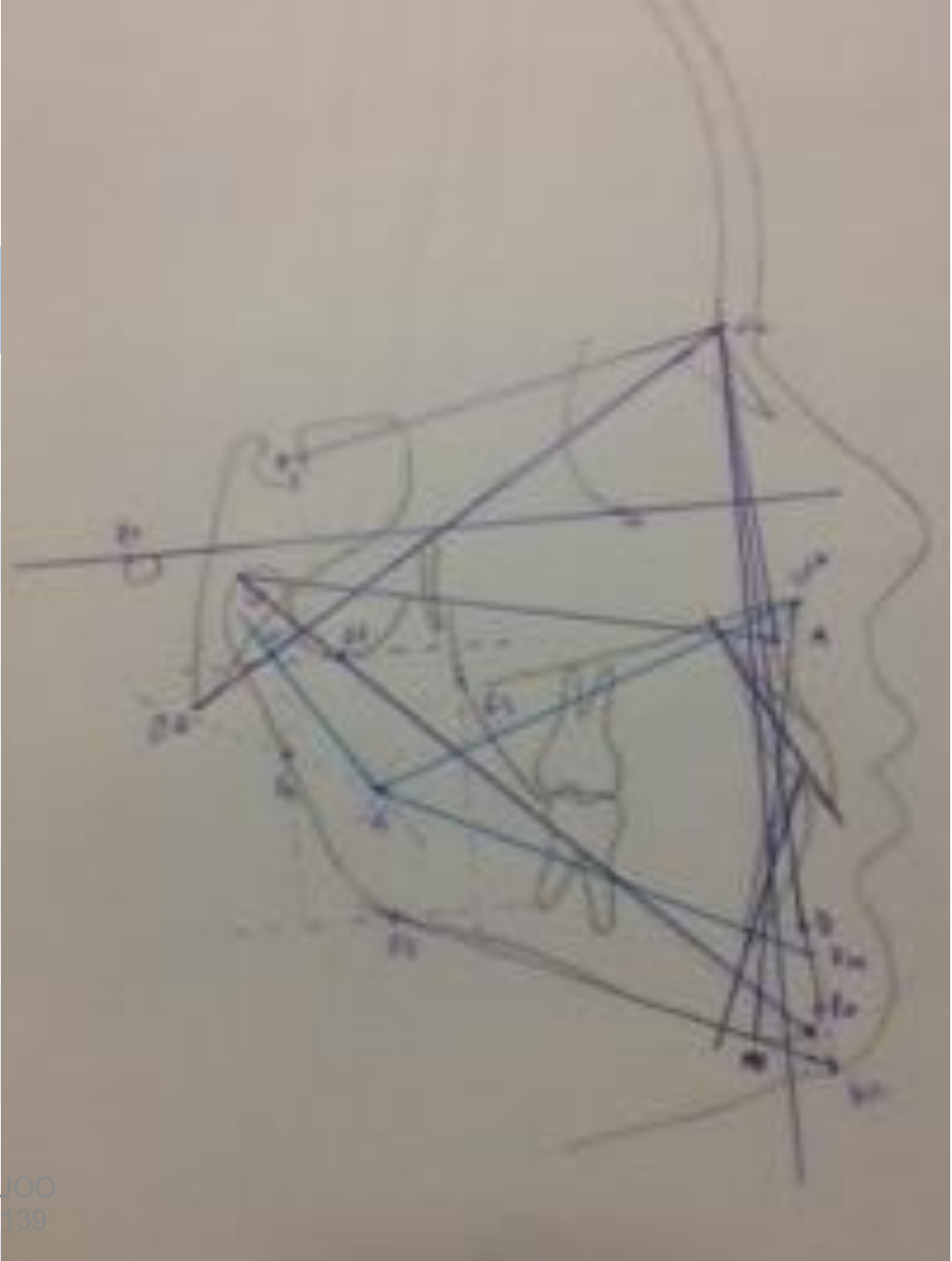


Punto A vert Mc Namara: - 2

Punto Pog vert Mc Namara: - 4

RICKETTS.

Eje facial	92°	90 (±) 3	Eje facial cerrado. Biotipo braqui.
Profundidad facial	94°	87°	Mentón en sentido sagital adelantado. (Responsabilidad inf)
Ang plano mand	24°	26°	Patrón braqui mandíbula cuadrada.
Altura facial inf	45°	47°	Patrón braqui, musculatura fuerte. Mordida cubierta.
Arco mand	31°	26°	Mandíbula cuadrada, mordida profunda, braqui.
Convexidad facial	1mm	-2mm	Disminuida, clase III
Profundidad max	93°	90° (±)3	Max sup adelantado pero retroposcionado con respecto a PF
Inc inf A-Po	1mm	1mm	
Incl inc inf	24°	22°	retroinclinado
1er molar sup – PTV	15mm	11mm	Posición molar mesializada
Inc inf al plano oclusal	2mm	1,25 mm	Overbite causa inc inf
Angulo	130°	130°	



STEINER.

SNA: **80°** (82°)

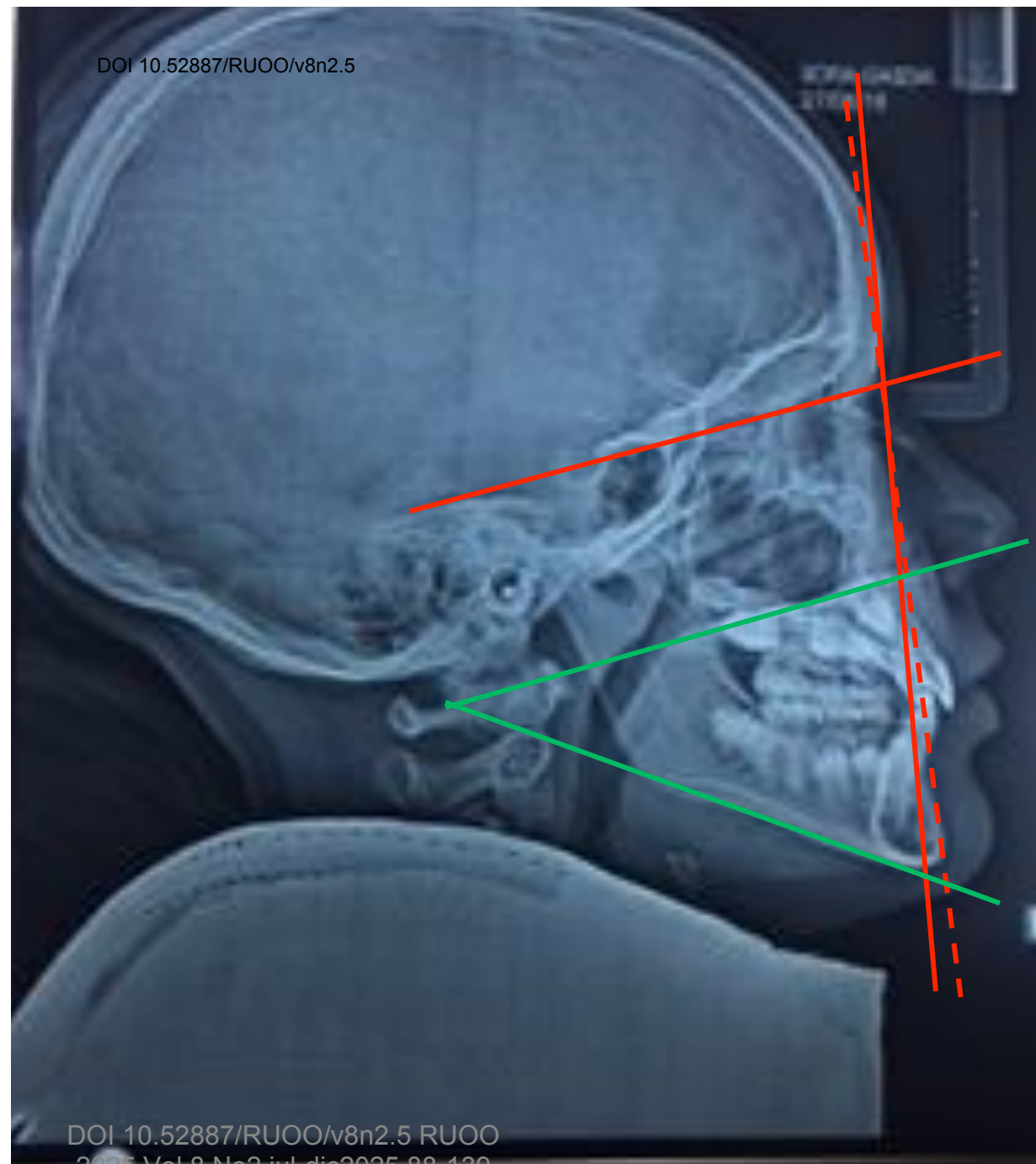
SNB: **83°** (80°)

birretrusion en Clase III

ANB: **-3°** (2°)

SCHWARZ – INTERBASAL

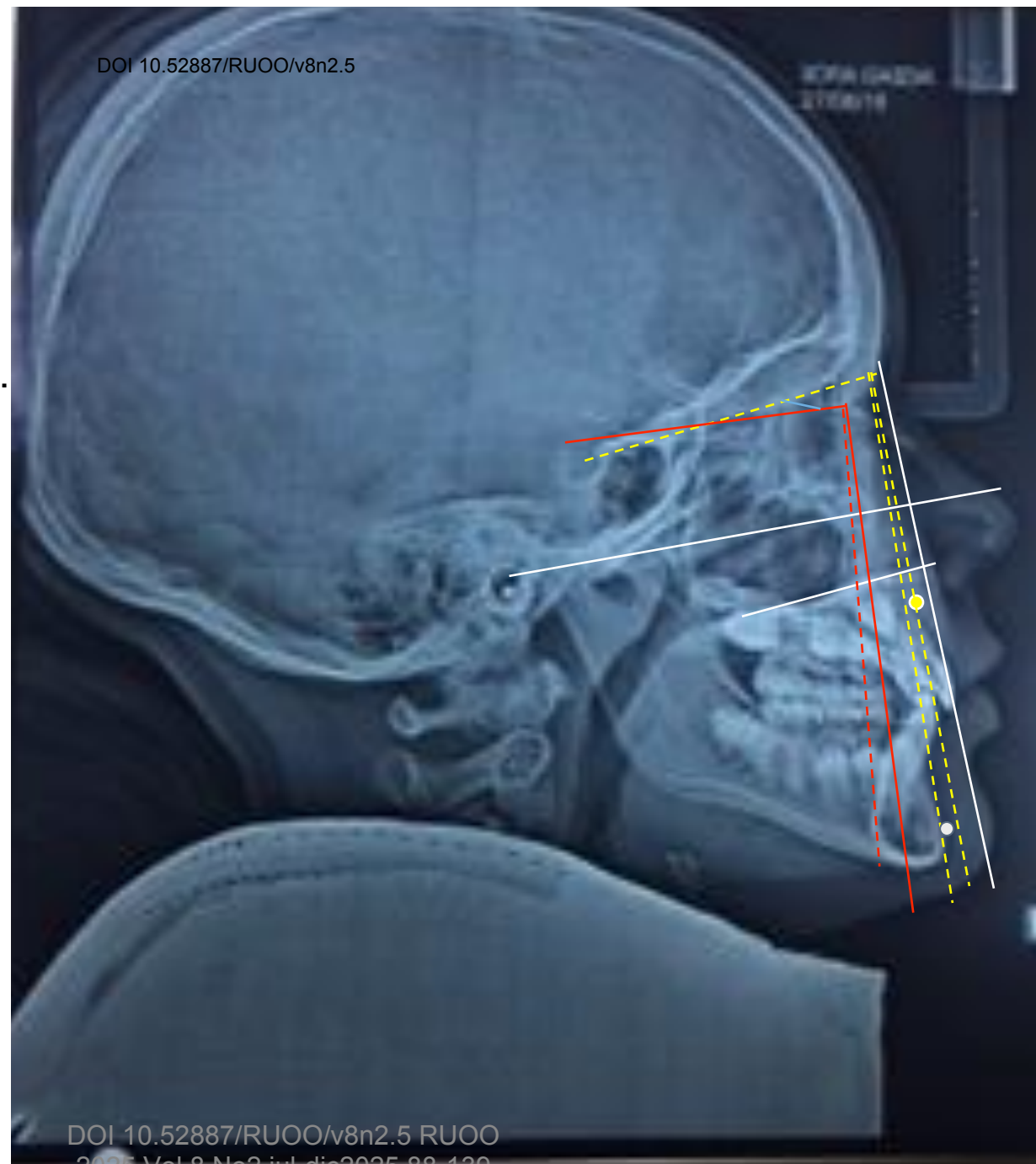
37° (20°) Mordida abierta
esqueletal.



Anteclinación del maxilar superior.
Doble trazo mandibular. en vertical
Poco desarrollo de seno frontal
Competencia labial en reposo.
Posición baja de lengua.

Mc NAMARA da retruido Pto A -2°
STEINER: SNA 80° SNB 83°
DELAIRE: MAX 88° Y MANDIB
85°

ANALIZANDO LOS TRES
CEFALOGRAMAS SE CONCLUYE
QUE HAY DEFICIT DE
PREMAXILA



EVALUACIÓN DIAGNÓSTICA.

ESTRUCTURAL: Paciente mesofacial anomalía asimétrica de síndrome de clase III esquelética* potencial por falta de premaxila y con buen potencial mandibular con hiperdivergencia a basales responsabilidad inferior, En el plano transversal estrechez maxilar. Asimetría de base de cráneo y de maxilar superior. Ángulo goníaco abierto con hiperdivergencia basales a responsabilidad.

DENTARIA: mordida cruzada posterior derecha e izquierda. Clase molar II. Molares 16 y 26 mesiorotados. Overjet 3mm, overbite 4,5mm. SOBREMORDIDA dentoalveolar.. Líneas medias dentarias no coincidentes entre sí. Sector cuadrante 2 mesializado. Presencia de pieza supernumeraria interincisiva superior.

FUNCIONAL: Deglución con contracción comisural, hoyuelos. ELIO mayor del lado izquierdo. Trayectoria de cierre con desvío a la izquierda. Plano oclusal equidistantes y ambos abiertos hacia adelante (clase II) con respecto Camper. AFMP asimétricos.

ESTÉTICA: No coincidencia de línea media facial y dentaria. Perfil convexo, ángulo nasolabial abierto.

* Lo consideramos síndrome de Clase III esquelética por el déficit de desarrollo premaxilar y el buen potencial de crecimiento mandibular en el marco de una hiperdivergencia basal con sobremordida dentoalveolar. Demás parámetros de estructura interna marcan una Clase I esquelética por lo cual este síndrome no se expresa clínicamente como un cuadro de prognatismo sino como una clase I con apiñamiento severo antero inferior . Dra. Isabel Poggi

DIAGNÓSTICO FINAL.

Paciente femenino, 8 años y 2 meses de edad, biotipo mesofacial, anomalía asimétrica de síndrome de clase III por déficit de premaxila. Endognasia maxilar transversal. Hiperdivergencia basal compartida. Mordida cruzada posterior de ambos lados. Clase II molar. Overbite 4.5mm. Líneas medias facial y dentaria no coincidentes, líneas medias dentarias y óseas entre sí no coincidentes. Plano oclusal equidistante a Plano de Camper, ambos con inclinación de clase II. Pieza supernumeraria interincisiva superior.

PRONÓSTICO.

Reservado de acuerdo a la edad y a la gravedad de la disgnacia.

PLAN DE TRATAMIENTO.

INTERDISCIPLINARIO: Cirujano maxilofacial para extracción de pieza supernumeraria.

PREVENTIVO: medidas de higiene. Entrenar a la paciente y la familia en medidas de higiene bucales y del aparato a colocar.

PARA LA DISGNACIA: objetivos:

- Funcionalizar el plano oclusal, paralelizar plano oclusal a Plano de Camper.
- Simetrizar maxilar superior. Distalizar cuadrante 2 y desarrollar cuadrante 1.
- Descruzar molares y DISTOROTARLOS PARA lograr correctas llaves molares.
- Construir la guía anterior funcional, overbite y overjet adecuados, coincidencia de líneas medias óseas y dentarias
- Generar hueso para obtener espacio en la arcada para la erupción y alineación de las piezas de recambio .

MEDIOS TERAPÉUTICOS.

1ra fase: Pistas directas de Planas.

2da fase: Placa de Deshayes con tornillos asimétricos.

3ra fase: aparatología funcional: activador estandar.

Setiembre 2018:
pistas directas superiores e
inferiores.
Se indica extracción de
supernumerario.



Noviembre 2018.
Control pistas.
Realizaron cirugía para extracción
de supernumerario el 30/10



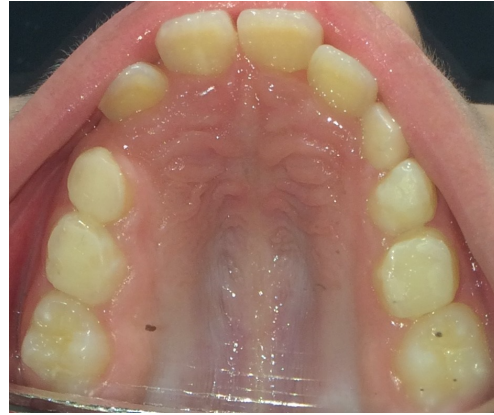
Diciembre 2018: **Instalación de placa de Deshayes** con tornillos asimétricos. Se indica activación $\frac{1}{4}$ de vuelta por semana.
Rectificado de pistas directas superiores e inferiores.



La placa llega hasta los cíngulos de las piezas anteriores para controlar que no sobreerupcionen por la tendencia a la sobremordida y también tiene topes en los molares para que no sobreerupcione porque queremos que se intruya y se controle la mordida abierta esquelética

Febrero 2019.
Control aparatología.
Se indica activación $\frac{1}{4}$ vuelta cada 10 días.





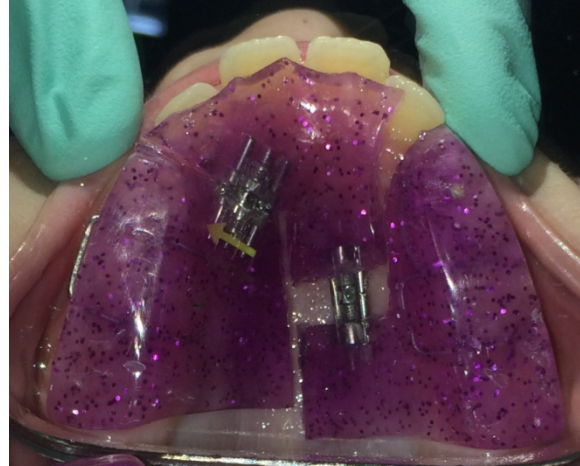
Marzo 2019.
Control del plano oclusal,
rectificado de pistas
y aparatología. Continuarán
activando tornillo cada 10 días



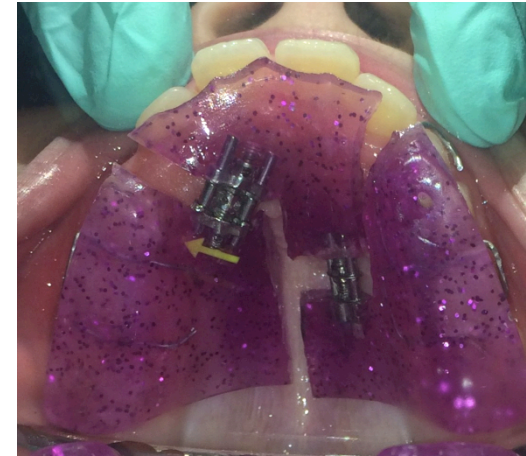
Se planifica agregar tornillo
para distalización de
cuadrante 1 en placa de
Deshayes



Junio 2019, agregado de
tornillo cuadrante 1 para
desarrollo transversal y antero
posterior de este cuadrante.
Se indica $\frac{1}{4}$ de vuelta semanal



Agosto 2019



Control, correcta
evolución, se indica
continuar con activación
 $\frac{1}{4}$ vuelta por semana



Octubre 2019.

Control, correcta evolución.

Continúan con activación $\frac{1}{4}$ vuelta
por ser



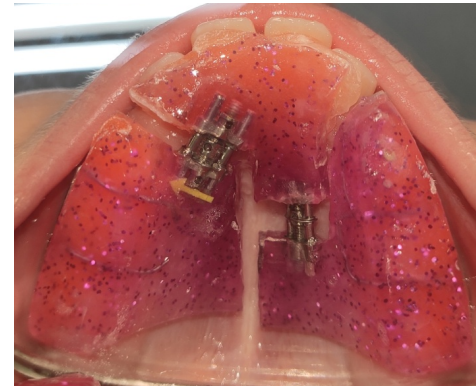
Diciembre 2019.
Rebasado de placa de Deshayes en
sector anterior.
Cementado de mantenedor de
espacio inferior



Febrero 2020.

Rebasado de sector
oclusal de molares y se
retroceden 4/4 de vueltas
para volver a activar.
Activación $\frac{1}{4}$ vuelta por
semana.

DOI 10.52887/RUOO/v8n2.5



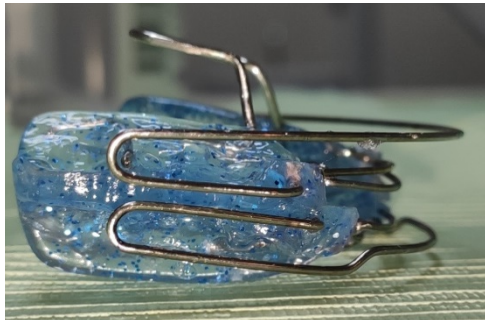
Julio 2020.
Control, reevaluación y
planificación de aparatología
funcional Activador estándar.



Agosto 2020.

Instalación Activador esqueletizado estandar.* con resorte lingual en alfiler. Separación de arco vestibular superior, desgaste deacrílico en sectores de piezas en erupción, ajuste de resortes superiores palatinos

DOI 10.52887/RUOO/v8n2.5



* modificación IUCEDDU
/ Vol. 4 Núm. 1 (2021): Revista uruguaya de
ortopedia y ortodoncia

DOI 10.52887/RUOO/v8n2.5 RUOO
2025 Vol 8 Núm 2 jul-dic 2025 88-139

persiste ligero desvío mentón a izquierda

mejora desvío línea media dentaria superior



Octubre 2020.

DOI 10.52887/RUOO/v8n2.5

Se sube arco vestibular superior para mejorar ubicación y se activan resortes vestibulares superiores para mejorar ubicación de incisivos laterales



se logro espacio en el arco para caninos inferiores y el espacio para el 13



Diciembre 2020.

Control, se continúa con activación de resortes palatinos superiores para estímulo de premaxila y logra el espacio para caninos superiores, desgaste deacrílico en piezas en erupción



Diciembre 2020



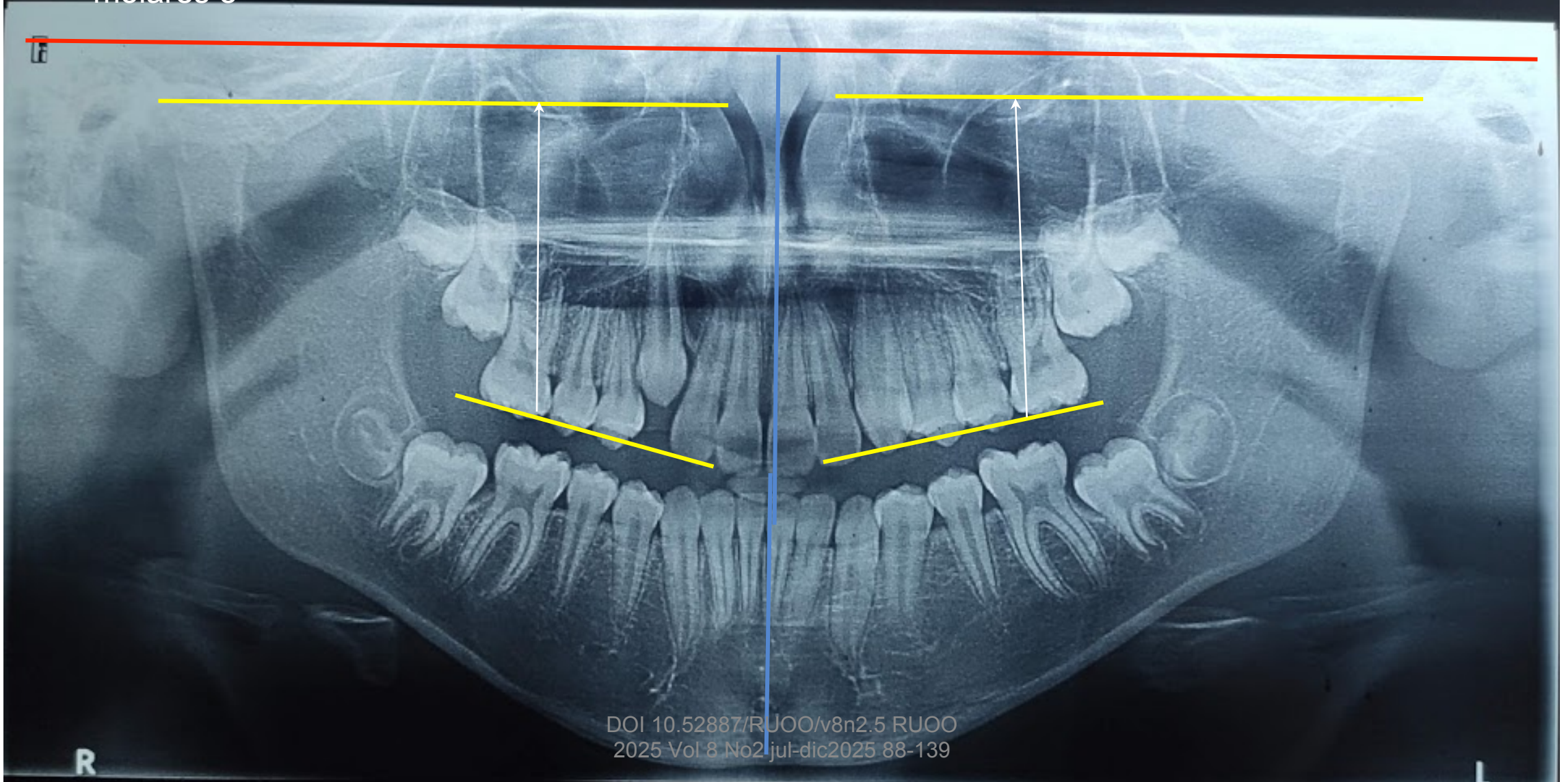
Febrero 2021.

Control, buen uso, activación de resorte palatino para cuadrante 1 y agregado deacrílico palatino cuad
1 para ensanchar ya que 13 no ha erupcionadoy con este recurso se envia una fuerza mayor a ese
cuadrante.

Se indica opt para evaluación de pieza 13.



Se logró simetrizar la base de cráneo conservando la equidistancia de los planos oclusales con respecto al Plano de Camper. Se fue generando el espacio para la erupción de todas las piezas de recambio en su debido lugar en la arcada. Presencia de gérmenes de los 4 molares 8





Julio 2021.
Control, activación de resortes
palatinos superiores.
En opt y clínicamente
se ve canino próximo a erupcionar
con falta de espacio.



Octubre 2021.

Activación de resortes palatinos superiores.

13 y 47 en erupción Desgaste de acrílico en zonas de piezas en erupción.





Diciembre 2021.

Desgaste de acrílico en sectores laterales
para permitir erupción de p13



Febrero 2022.

Separación de arco vestibular superior para
que no interfiera en erupción de p 13 y ajuste
de resortes palatinos.



Mayo 2022.

Se realiza comunicación con la mamá para coordinar consulta y relata que se mudan para el interior por motivos laborales por lo que no van a continuar con el tratamiento en el Instituto.

Se explica a la madre que se esperará la erupción natural de la pieza13 lo cual mejorará el pequeño desvio de linea media dentaria superior.

Una vez erupcionado requerirá alta controlada para observar si la oclusión funcional lograda termina de alinear tridimensionalmente las piezas en la arcada o si necesitará una etapa de alineación y nivelación ortodoncica como finalización .

Los objetivos de tratamiento fueron alcanzados incluida la simetrización de base de cráneo la cual dado el comienzo tardia del tratamiento podria no haberse logrado.

EVALUACIÓN DE LOS LOGROS OBTENIDOS EN LOS OBJETIVOS DE TRATAMIENTO

Julio 2018



Marzo 2021



Julio 2018



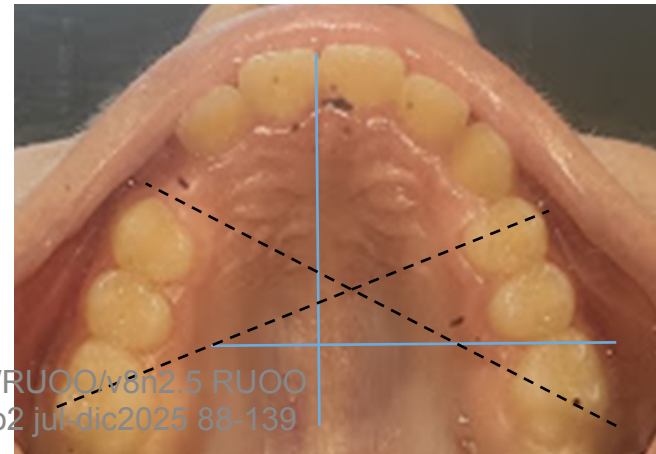
Marzo 2021



Julio 2018



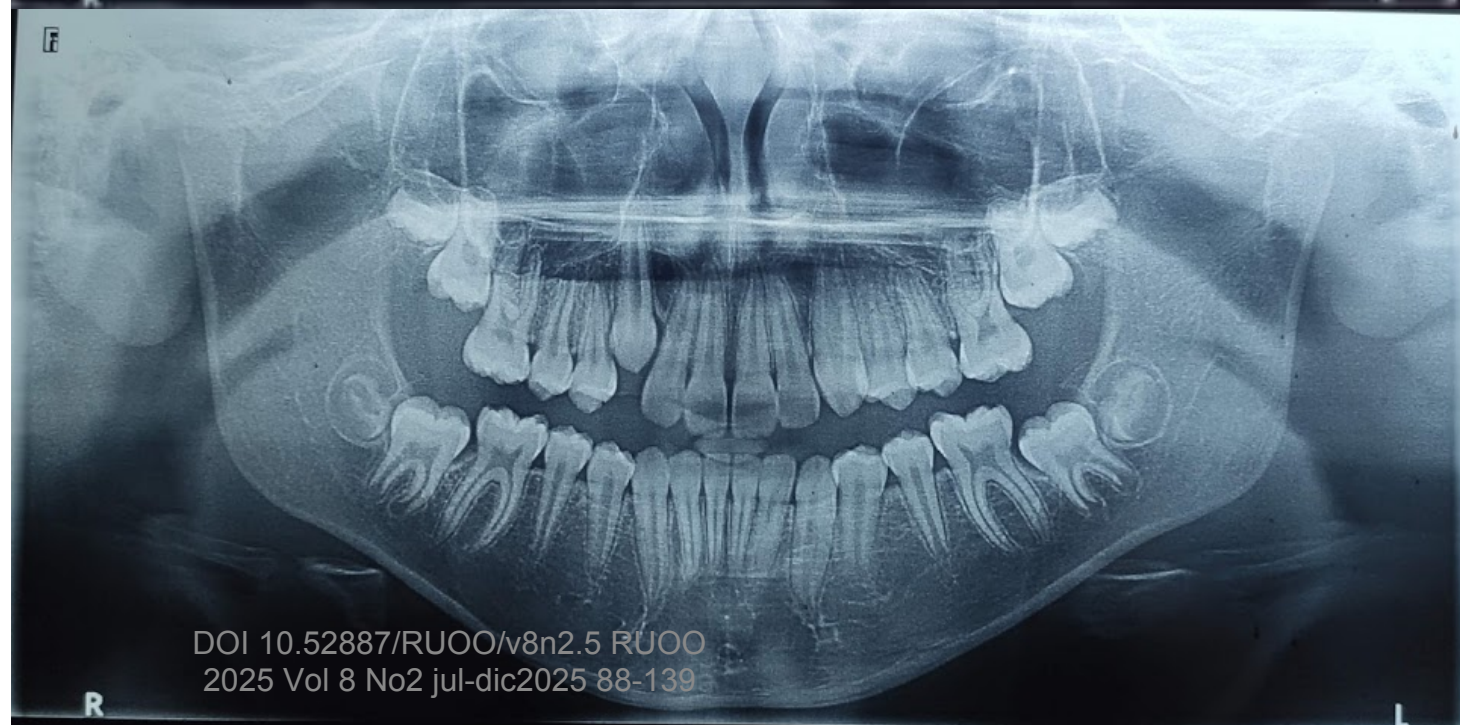
Marzo 2021



Julio 2018



Marzo 2021



DISCUSIÓN

Revisando críticamente este plan de tratamiento podríamos cuestionarnos si no hubiera sido indicado realizar una disyunción previa del maxilar superior, teniendo en cuenta la endognasia del mismo y la mordida cruzada posterior.

Podríamos concluir que si bien podría haber sido una opción posible, el hecho de la asimetría anteroposterior y transversal del maxilar superior no hubiera podido ser solucionada por la disyunción simétrica y hubiera perpetuado y/o magnificado la diferencia.

La posibilidad de la paciente de utilizar las placas de Deshayes para simetrizar estaba en el límite de edad para un resultado eficaz, un mejor resultado se hubiera obtenido si el tratamiento se hubiera realizado en primera dentición.

Con las Pistas Directas y las Placas de Deshayes se eligió el camino de la simetrización estructural y funcional de la anomalía en lo que restaba de respuesta de crecimiento.

Con el Activador esqueletizado Luceddu modificado con el resorte en alfiler se siguió trabajando funcionalmente en un terreno cada vez más simétrico y equilibrado promoviendo el crecimiento y desarrollo en el período prepuberal para la conformación armoniosa de las arcadas dentoalveolares.