



CASO CLINICO

Recibido : Diciembre 2020

Aceptado: Abril 2021

Tratamiento temprano con Pistas directas y Activador Esqueletizado

Early treatment with direct plate and skeletonized activator

Richard Paz

Dr. en Odontología UDELAR

Egresado Especialidad en Ortopedia y ortodoncia IUCEDDU

Gabriela Fraga

Dra. en Odontología UDELAR

Cursante Especialidad en Ortopedia y ortodoncia IUCEDDU

RESUMEN

Las pistas directas son un inmejorable recurso para la funcionalización del plano oclusal en edades tempranas. Nos permiten actuar modificando la actividad neuromuscular desde la oclusión dentaria, obteniendo así los estímulos de crecimiento y desarrollo equilibrados a través de una masticación fisiológica.

Aquí mostramos la evolución de un caso clínico con alteraciones morfofuncionales leves que tratadas en primera dentición con la pistas directas y activador esqueletizado, permitieron continuar el desarrollo en salud del aparato masticatorio.

PALABRAS CLAVES: prevención, terapéuticas tempranas, pistas directas, activador esqueletizado

SUMMARY

The direct plates are an unbeatable resource to make functional the occlusal plane in early ages. They allow us to act modifying the neuromuscular activity from the dental occlusion, getting by this the stimulus of growth and development equilibrated by means of a physiological chewing.

Here we show the evolution of a clinical case with slight morphofunctional alterations which are treated in early stages, the first dentition, with direct plates and the skeletonized activator, they allowed to continue the development in health of the masticatory system.

KEY WORDS

Prevention, early therapeutics, direct plates, skeletonized activator.



Eugenia

Ingreso a IUCEDDU: 08-08-2014

Historia clínica: 1733

Fecha de nac: 15-09-2009

Edad: 7 años

Motivo de consulta: continua atención en Iuceddu- derivada de la guardería municipal de Mdeo.



Antecedentes personales:

- Embarazo: normal hasta las 32 semanas
- Tratamientos: 23 días en CTI por nacimiento prematuro (madre tuvo una preclampsia)
- Parto: cesárea a las 32 semanas de gestación
- Peso nacer: 2,090 kg
- Talla: 47 cm
- Alimentación del bebe: poco pecho y complemento

Desarrollo neuro-psico motriz

Sostén cefálico: 3 meses

Se sentó: 6 meses

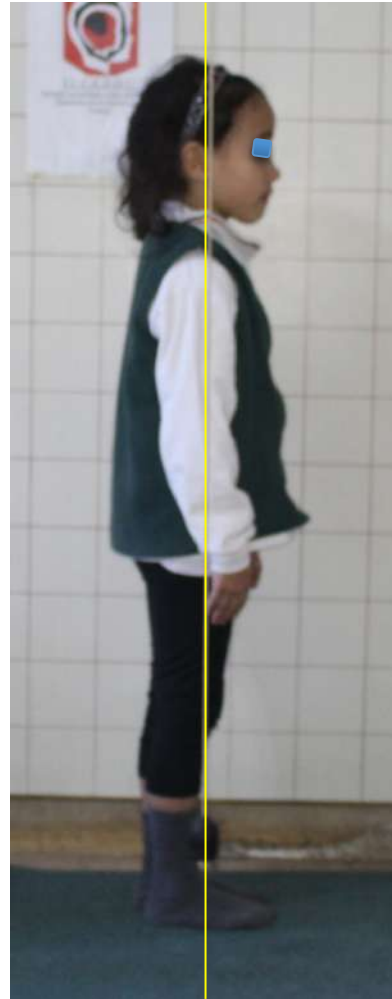
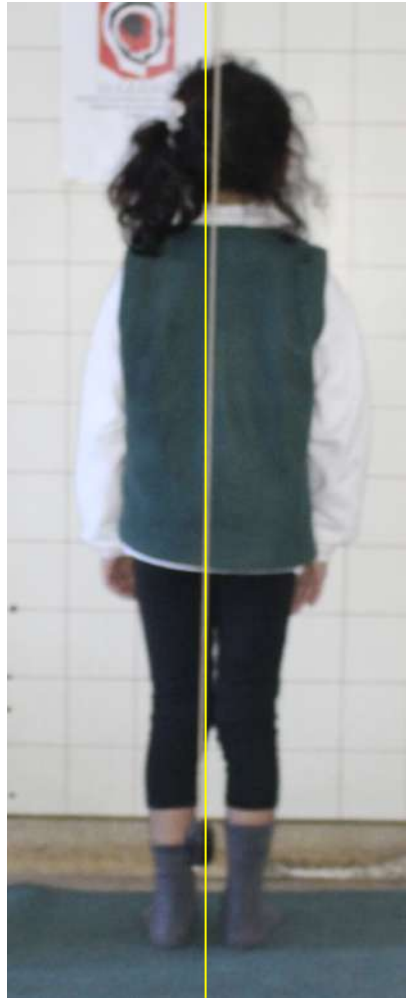
Primeras palabras: 18 meses

Gateo: poco

Camino: 11 meses

Control de esfínteres: 2 años y medios

Examen clínico



Actitud postural alterada en el plano frontal : brazo y hombro derecho mas bajos(actitud escoliótica)

Examen cráneo facial de frente

Cráneo: mesoprosopo

Cara: mesofacial

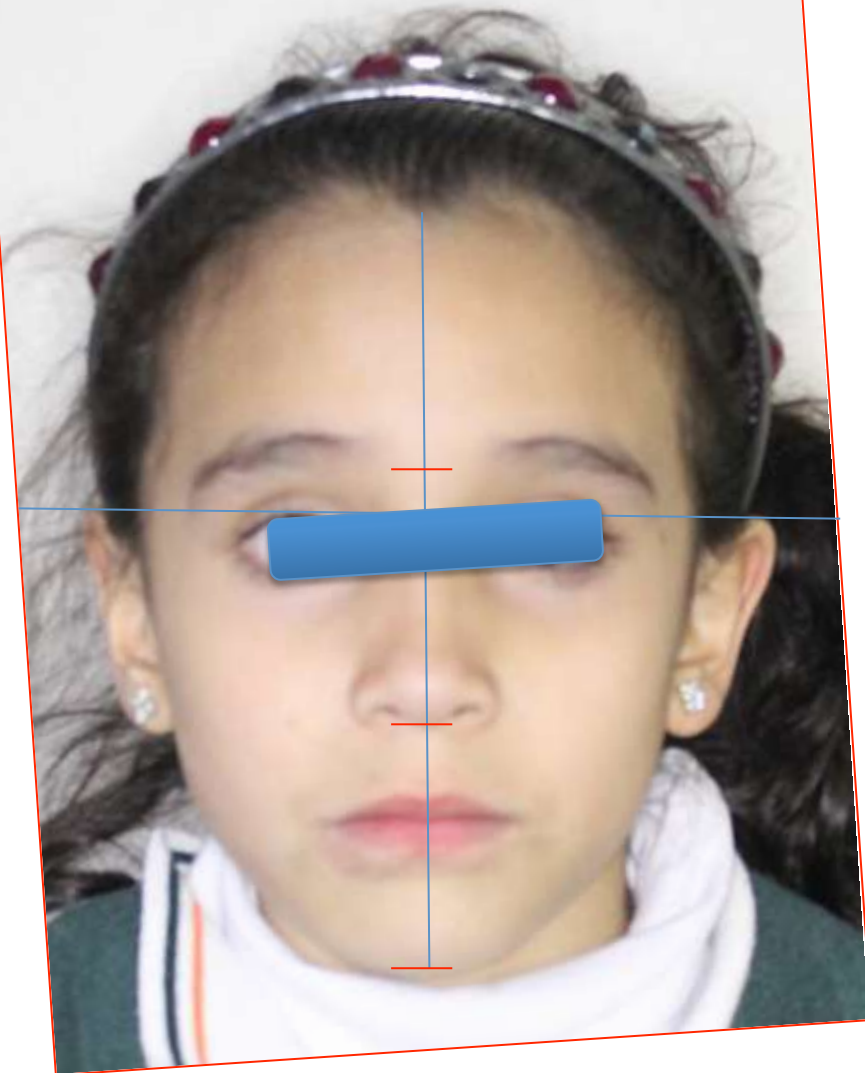
Tercios faciales: iguales

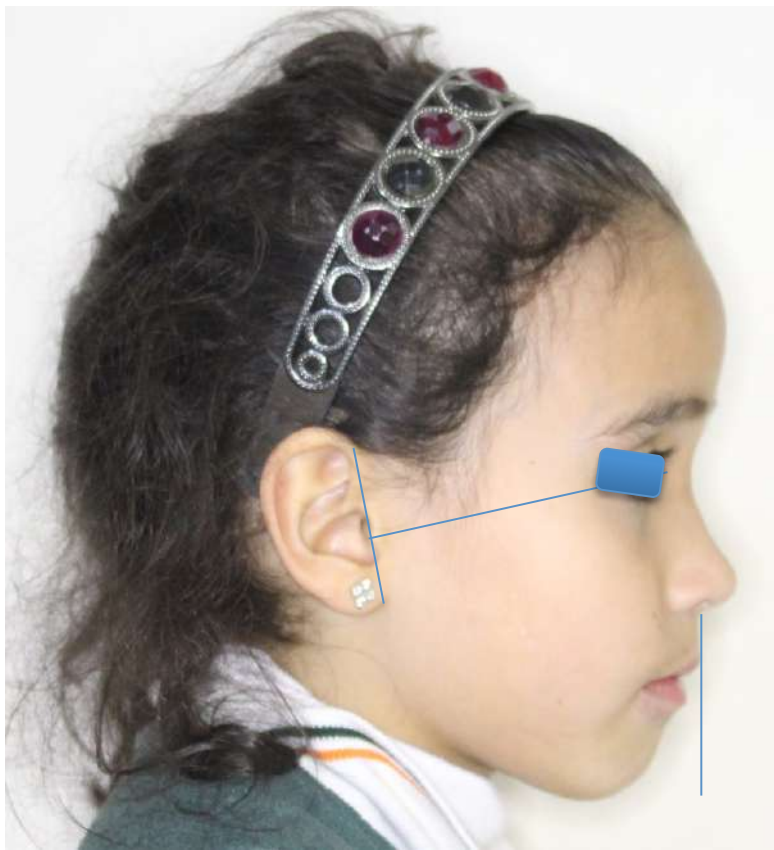
Surco mentoniano: poco marcado

Surco naso geniano: poco marcado

Nariz: ancha

Narinas: dilatadas, despejadas y simétricas





Examen facial de perfil:

Levemente convexo derecho y recto adelantado el izquierdo

Angulo naso labial aumentado

Surco mentoniano poco marcado

Tercios faciales iguales

Ligera asimetría en la RA del temporal

Examen bucal:

Arcada superior:
Dentición mixta primera fase
Arcada ovoidea
21 leve giro versión
26 mesio rotación

Arcada inferior:
Dentición mixta
Arcada ovoidea
Pistas directas
Apiñamiento anterior
41 y 31 giro versión

Examen bucal:



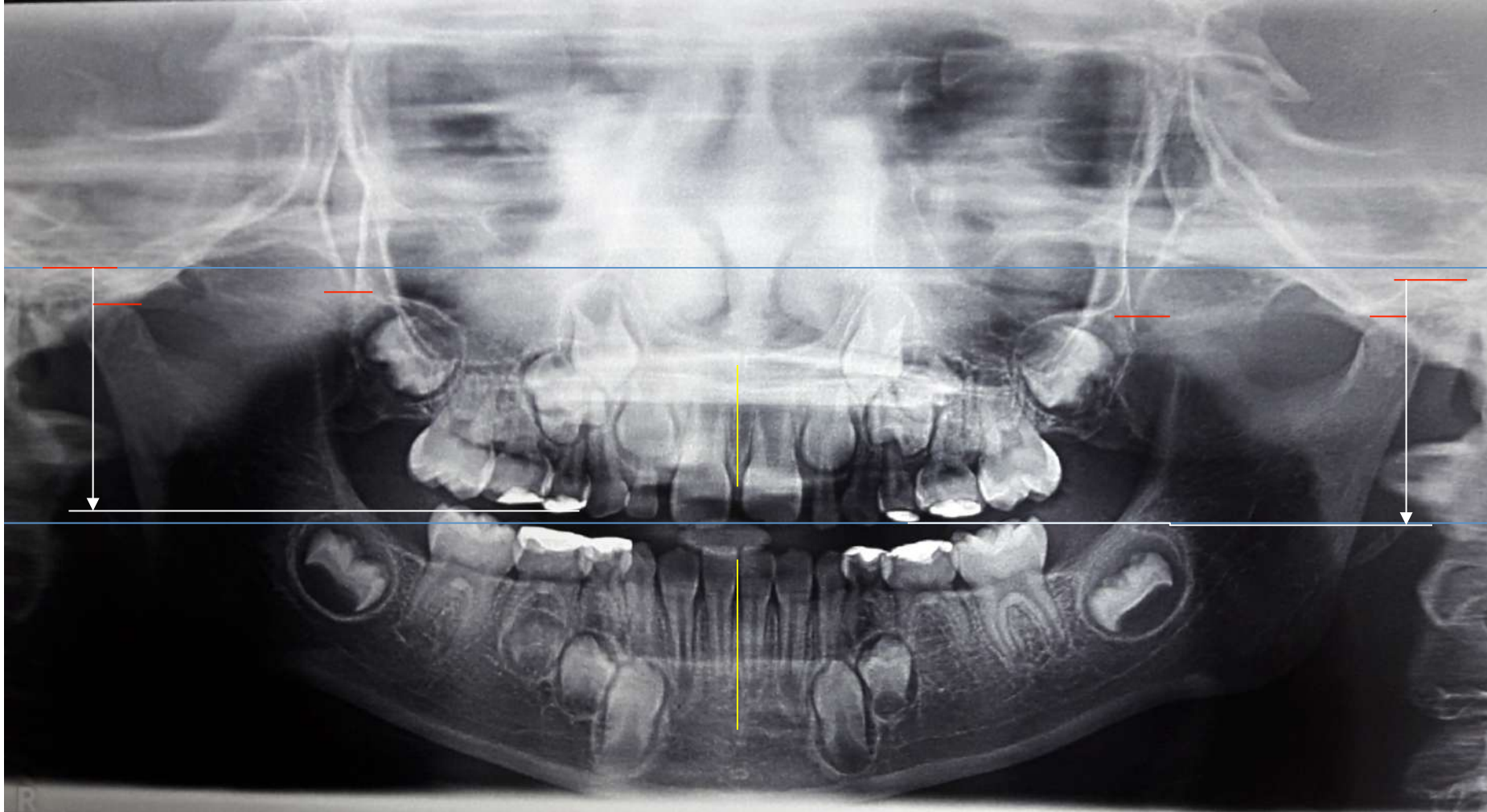
- Dentición mixta primera fase
- Normo oclusión caninos
- Oclusión molar clase II
- Transversalmente arcada superior desborda la inferior
- Líneas medias dentarias leve desvió de la inferior a la izquierda
- Verticalmente: sobremordida incisiva
- Apiñamiento anteroinferior



Examen funcional

- Respiración: mixta, permeabilidad buena, narinas despejadas, reflejo narinario de Gudín positivo.
- Deglución: disfuncional con contracción labial comisural.
- Función mandibular:
posición de reposo: líneas medias centrada
trayectoria de cierre a PMI: retruye y desvío leve a izquierda
ELIOS: simétricos
- Función oclusal:
protrusión: guían 11 y 21 con 42,41 y 31
lateralidad derecha: guían pistas del lado derecho
examen del plano oclusal en relación a Camper:
frontal: no equidistante
lado derecho 21 mm paralelos - lado izquierdo 19 mm paralelos
AFMP: lado izquierdo menos cerrado
masticación : lado izquierdo preferencial

ortopantomografía



Dentición mixta primera fase , 345 superior con falta de espacio y verticalización de 16 y 26, ausencia de germen 35

Cornetes hipertróficos

ELIO simétricos por tratamiento previo del plano oclusal con pistas directas

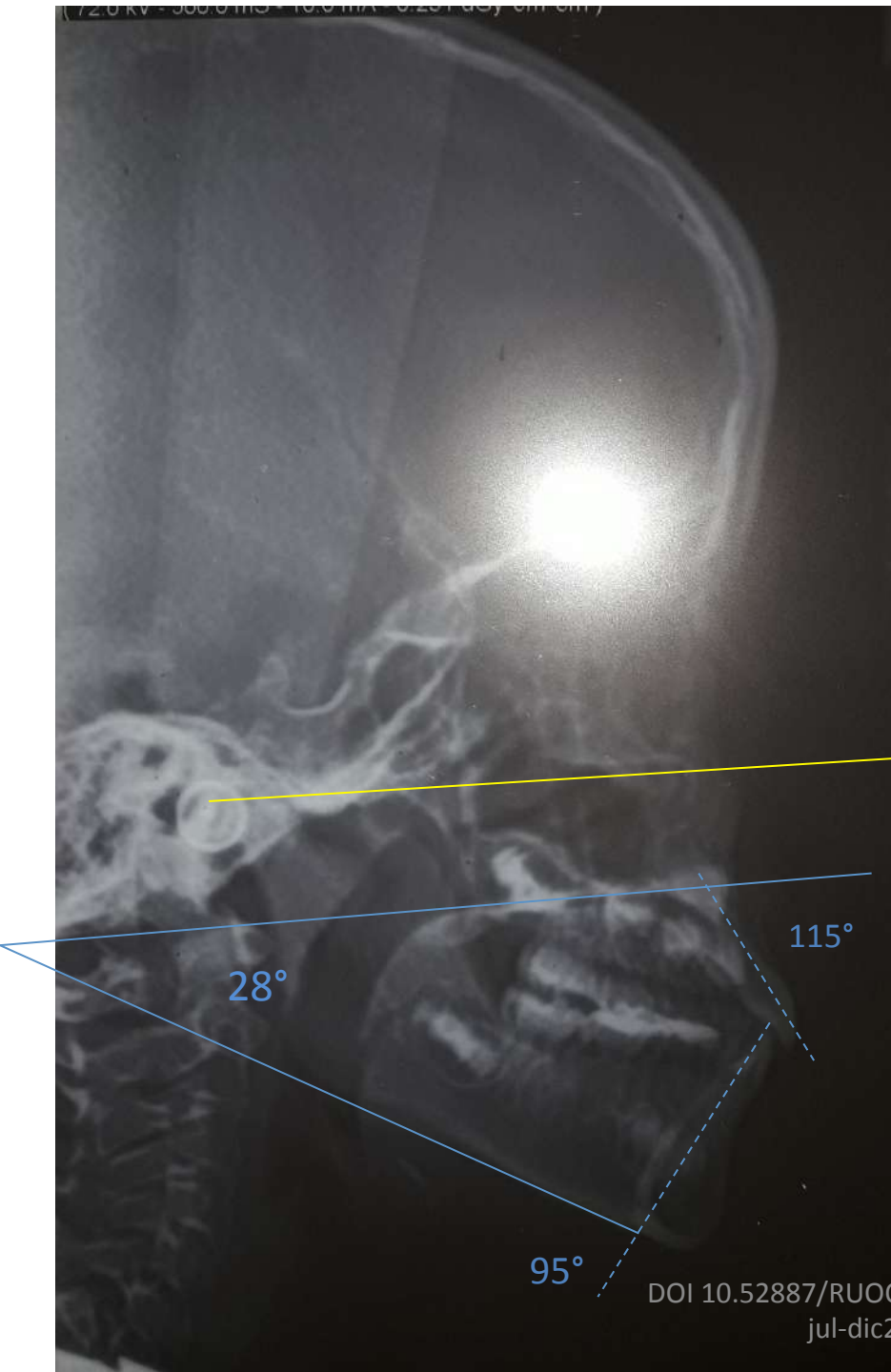
Condilo y cav glenoideas izquierdas mas bajas que a derecha, asimismo el plano oclusal

Telerradiografía de perfil:

Espacio aéreos faríngeos superior e inferior despejados

Hiperdivergencia basales a responsabilidad inf : 28°

Proinclinación Inc.superiores e inferiores con respecto a sus bases óseas

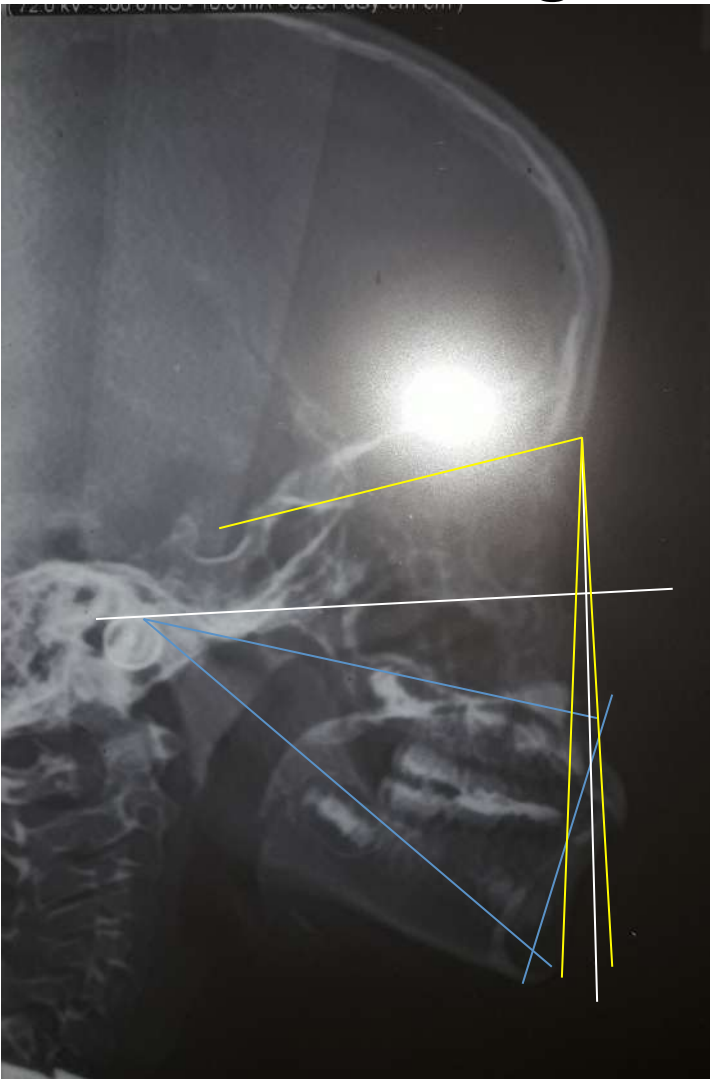


Cefalograma Bjork-Jaraback



	vide	interpretación
Ang silla 123°	120°	normal
Ang art. 143°	150°	Dolico facial
Ang goniaco 130°	128°	braquifacial
Suma ang. 396°	398°	Meso facial
Ang g sup 52-57°	53°	normal
Ang g inf 70-75°	75°	
BCA 71 mm	66_ 11 años 70mm	
LCM 71 mm	64_ 11 años 70	Clase I
BCP 32 mm	31 mm	
Altura rama 44 m	35 mm	Rotación posterior
AFP 70-85 mm	63 mm	corta
AFA 105-120mm	104 mm	corta
Relac alt. 62-65%	55,5 %	C rotacional post.

Cefalograma de Mc Namara y Steiner



	mide	norma	
Long max	80 mm		
Long mand	95 mm	97-100	
AFAI	58 mm	57-58	Normal (pistas)
Na perp. A	0 mm	0 mm	
Na perp. Po	-8 mm	-8-6 mm	

Análisis dentario	Medida	norma
Inc sup a su base	115°	110°
Inc inf a su base	95°	90°
Ang interincisivo	127°	130°

Steiner	mide	norma
SNA	80° retruido	82°
SNB	75° retruido	80°
ANB	5° (clase II)	2°

* Presenta pistas directas sino la AFAI estaria disminuida.

Estudios de modelos

Modelo superior:

Dentición mixta primera fase

Arcada ovoidea

Lineas medias dentarias y óseas coincidentes

16 y 26 mesiorotados

21 en giro versión

Modelo inferior:

Dentición mixta

Arcada ovoidea

Apiñamiento antero inferior

32 linguo versión

31 giro versión

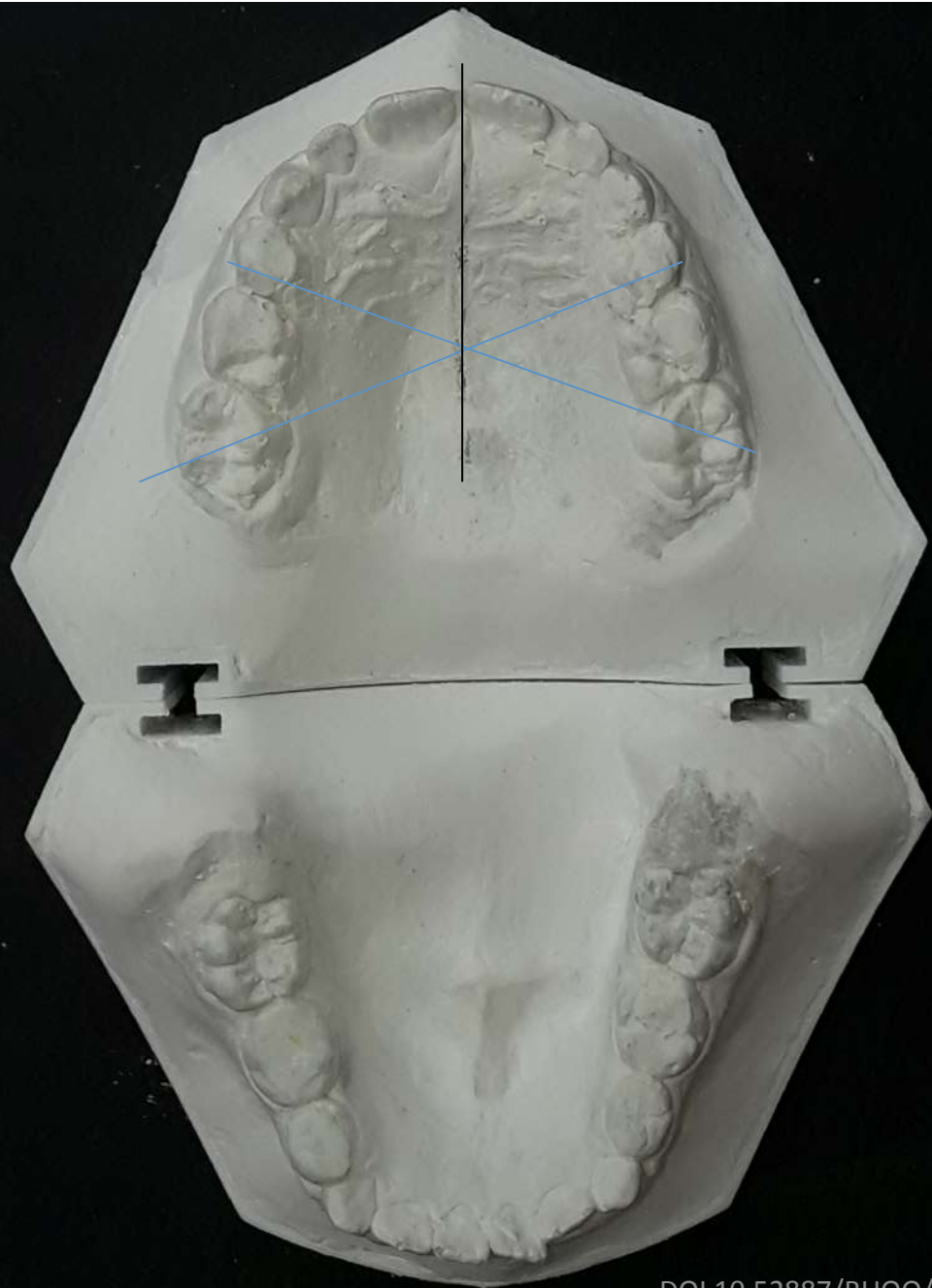
Índice de Moyers:

Suma incisiva inf: $6,5+6+6+6,5= 25$

345 izquierda: es debe ser diferencia

	23,5	23,4	+0,1
--	------	------	------

345 derecha:	24	23,4	+0,6
--------------	----	------	------





Transversalmente:

Línea media dentaria inferior levemente desviada a la izquierda.

Lineas medias oseas coincidentes



Verticalmente:

leve sobre mordida (sobre mordida 3 mm)

Sagital derecha:

Normo oclusión canina

Clase II molar



Sagital izquierda:

Ligera disto canina

Clase II molar

Evaluación diagnóstica

- Estructural: mesofacial, clase I esquelética, con buen potencial de crecimiento mandibular pero apiñamiento antero inferior actual, con altura antero inferior normal .
- Dentaria: dentición mixta primera fase, distoclusión canina unilateral, no coinciden líneas medias , y 16-26 mesio rotados, ausencia de germen 35
- Funcional: trayectoria de cierre retruye y desvía a la izquierda (lo que enmascara la clase I expresando una clase II en el plano sagital) ,plano oclusal paralelo al de Camper con ángulo funcional masticatorio mas grande el derecho lo que muestra que la masticación es preferencial a izq.
disfunción respiratoria (insuficiente respiratorio) ,deglutoria y masticatoria
Estética: Angulo naso labial aumentado y surco mentoniano poco marcado

pronóstico

- Edad: favorable
- Disgnacia: reservado favorable
- Biotipo: favorable

Plan de tratamiento

- Interdisciplinario: fisioterapia por postura
- Preventivo: educación para la salud, enseñanza de higiene, control de dieta
- Para la disgnacia:
 - funcionalizar el PO de acuerdo al estadio evolutivo de la dentición de la paciente para restablecer la masticación fisiológica(reducir el desvio en la trayectoria de cierre)
 - obtener una guía anterior funcional, corregir posición de 16 y 26, corregir apiñamiento antero inferior y lograr espacio suficiente para recambio lateral.
 - posibilitar las condiciones funcionales para que se exprese el crecimiento armonioso de los maxilares.

Medios terapéuticos

- Primera etapa: **pistas directas**- actuamos sobre la función neuro muscular a través de la oclusión dentaria, creando un nuevo plano oclusal funcional paralelo al plano de Camper, lograr movimientos de lateralidad mandibulares con AFMP simétricos, corregir la retrusión al cierre y lograr la coincidencia de líneas medias y oseas inetermax y simetría a la palpación de los músculos masticatorios
- Segunda etapa: **activador esqueletizado** - Superficie oclusal cubierta y lisa (permite el control vertical de las piezas y el movimiento transversal y sagital y así se crea un nuevo plano oclusal). Escudillos labiales inferiores (para reorganizar el punto estomio). Resortes frontales de Bimler (junto con el arco vestibular inferior funciona como cupla para desrrotar 31 y corregir inclinación de incisivos). En líneas generales el aparato estimula el crecimiento optimo individual, busca un correcto cierre labial, remodelación de las ATM y la creación de un nuevo plano oclusal por control dento alveolar y de la erupción dentaria

04-10-2016



Pistas directas



08-11-2016



Pistas directas



74 con caries

06-12-2017

Activador
esqueletizado
modificado



Superficie oclusal
cubierta y lisa

Con escudillos
inferiores
Resortes frontales de
Bimler

07-02-2017



El aparato busca el crecimiento
optimo individual, lograr un
correcto cierre labial,
remodelacion de la ATM, y crear
un nuevo plano oclusal.



19-06-2017



Pieza 26 se va desrrotando

52 y 62 exfoliados por recambio



07-08-2017

Erupcionando 12

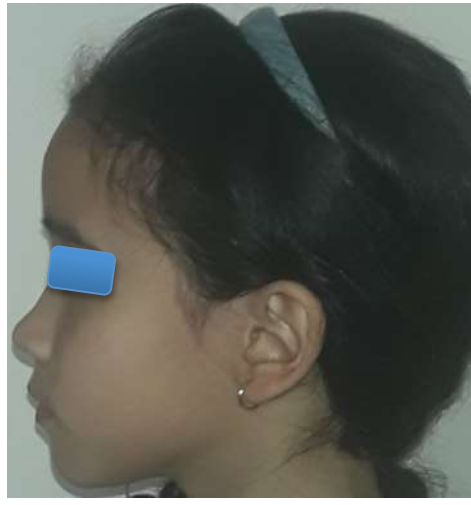


Desrrote de pieza 26



06-11-2017

Erupción de 12 y 22.
Clase I molar.



17-04-2018



22-05-2018



Paciente se deriva para la continuidad del tratamiento a un colega en el instituto IUCEDDU ya que se reevalúa cambio de aparatología.



Pieza 32 todavía le falta de girar para lograr su correcta ubicación

Continua la atención con
la
Dra. Gabriela Fraga
20/11/18



26-03-19



23-4-19



INSTALACION ACTIVADOR ESQUELETIZADO CON MESA DE MORDIDA TOTAL

17/6/19



23/9/19



21/10/19



2/12/19



7/9/2020



14/12/2020



CONCLUSIONES

En pacientes con disgnacias leves como es el caso: meso facial, clase I esqueletal, normo relación canina y buenas proporciones faciales y donde no tenemos grandes problemas siempre conviene actuar y no dejar para más adelante tratar de solucionar alteraciones que después pueden agravarse aunque en principio parezcan menores. Al hacer un estudio más detallado de la funcionalidad de la oclusión (retrusion al cierre, ángulos funcionales masticatorios diferentes y una guia anterior disfuncional) así como de las alteraciones dentarias (mesio rotación de 16 y 26, apiñamiento antero inferior) se resolvió actuar para devolverle al paciente las características oclusales de acorde al periodo evolutivo correspondiente a su edad. Se busco funcionalizar el plano oclusal, simetrizar los ángulos funcionales masticatorios , devolverle la guia anterior funcional y una masticación unilateral alternada.

Para lograr estos objetivos se realizaron en una primera etapa pistas directas y en una segunda etapa el uso de aparatologia removible funcional (un activador modificado por instituto iuceddu).

Nunca dejar para más adelante solucionar las alteraciones que en un futuro pueden dejar secuelas importantes siendo solucionables con técnicas tempranas.

Dr.Richard Paz