

La Ortopedia al encuentro de las necesidades en salud bucal de la 1ra. infancia

Pistas Directas del Dr. Planas para Control
del Riesgo y Tratamiento Temprano de las Disgnacias

**Orthopedics Encountering the needs in Oral Health in 1st Childhood.
Dr. Planas Direct Tracks used to Control the Risk and Early Treatment of Disgnacias**

PARTE I

Dra. Wilma Haller, Docente Titular de Prevención de IUCEDDU
Dra. Isabel Poggi, Docente Titular de Ortopedia de IUCEDDU

RESUMEN

Las Pistas Directas del Dr. Pedro Planas como se realizan en la Clínica de IUCEDDU, son una terapeutica muy valiosa de tratamiento temprano de las disgnacias , la cual podria implementarse a nivel preescolar dentro de los planes de salud bucal.

El control del riesgo y el tratamiento temprano de las disgnacias permiten que el niño crezca armoniosamente con un aparato masticatorio apto para las funciones para las que esta diseñado.

Constituyen también una forma de prevención de las paradenciopatias , de los trastornos tempormandibulares y de la caries dental.

Palabras clave: Tratamiento Temprano, Plano Oclusal Versus Plano De Camper, A.F.M.P. Simetricos, Oclusión Funcional, Masticación Fisiológica.

SUMMARY

Dr. Pedro Planas direct tracks developed as in IUCEDDU clinic, are a very precious therapy in the early treatment of the disgnacias, which could be implemented in the oral health schemes in pre-schoolers.

The control of risk and early treatment of the disgnacias allow the child to grow harmoniously with his or her mouth able to do the functions to which it has been designed properly.

They are also a way of prevention of gum disease, ATM (jaw joint) disorder and dental caries.

Keywords: Early treatment, Occlusal plane versus Camper plane Simetric A.F.M.P., Physiological chewing.

I) Introducción:

APARATO MASTICATORIO

Siguiendo la Filosofía del Dr. Pedro Planas (1), vamos a referirnos a la masticación como función principal del sistema masticatorio (SM) o estomatognático (SE)

Los componentes del SM mantienen un equilibrio funcional en postura y movimiento. Este equilibrio funcional lo denominamos Eugnasia, equilibrio fisiológico del sistema, donde sus componentes mantienen la integridad, anatómica y funcional, sin deterioro.

“El equilibrio fisiológico permite mantener la salud del sistema masticatorio durante toda la vida, sin olvidar que este aparato es parte del organismo y puede ser afectado por lesiones extrabucales. Aparato masticatorio es sinónimo de aparato estomatognático y por lo tanto tiene sus mismos componentes. La función está dada por los músculos y el sistema nervioso; los dientes desempeñan un papel pasivo.”(2)

Digamos también que el aparato masticatorio puede absorber pequeños desequilibrios a través de sus sistemas de compensación. Sin embargo se debe vigilar la capacidad adaptativa de las estructuras, determinando el riesgo según la intensidad y complejidad de las mismas para determinar la aplicación de las medidas preventivas necesarias. Una vez que se supera la capacidad adaptativa, entonces se genera la lesión. Cuando se inicia una lesión, el sistema se desplaza hacia un equilibrio patológico al que denominamos Disgnasia. Entonces para recuperar el equilibrio fisiológico, acudimos a la intervención terapéutica.

MEDIDAS PREVENTIVAS Y TRATAMIENTO TEMPRANO

El aparato masticatorio transita en sus períodos evolutivos, por diferentes etapas en que pueden aparecer desequilibrios funcionales. Por este motivo se requiere de controles periódicos y del conocimiento por parte del profesional de las medidas preventivas y de las diferentes estrategias que disponemos hoy para revertir los factores de riesgo y reencaminar el crecimiento eugnasico. La posibilidad de la intervención preventiva en presencia de riesgo, posibilita la recuperación del equilibrio funcional del aparato masticatorio para que este continúe en un crecimiento, desarrollo y maduración acorde con la etapa evolutiva del niño. Mientras que si hay lesión o patología incipiente el tratamiento temprano, utilizando diferentes medios terapéuticos, devuelve también el equilibrio al aparato masticatorio, para que funcione acorde con las leyes que lo rigen y sin secuelas ni compensaciones. (14)

El período de dentición temporaria y mixta temprana es el más favorable para restablecer una oclusión funcional y estable, por eso no compartimos la idea de esperar a la dentición permanente para intervenir. Esperar significa perder las posibilidades de recuperar el sistema masticatorio sin secuelas. (1) (3) (4) (14)

II) Antecedentes y fundamentos del tema

En trabajos publicados por el Prof. Delaire (3) hacen referencia a la importancia de las suturas membranosas de base de cráneo, que por su posición longitudinal, son responsables del crecimiento transversal de la misma. Estas suturas dejan de tener actividad alrededor de los 6 - 7 años; a partir de este momento deja de haber estímulos de crecimiento en sentido transver-

sal lo que determina la posición de las cavidades glenoideas en este sentido. Quiere decir que el crecimiento en ancho del maxilar inferior se limita, en todo caso el crecimiento se manifiesta por los otros mecanismos, como son la remodelación y la relocalización. A su vez todas las posibilidades terapéuticas a nivel del maxilar superior quedan también limitadas por que no pueden ser acompañadas por el maxilar inferior. El tratamiento temprano no tiene entonces posibilidades de responder de forma óptima.

Dra. M. J. Deshayes “El mejor período para aplicar un tratamiento ortopédico, con resultados durables y sin recidiva, debe situarse cuando el crecimiento del telencéfalo es aún muy activo, es decir antes de los 6 años”. (4) El niño madura sus reflejos con un progresivo grado de complejidad, realiza el control de la postura y el movimiento, adquiere su capacidad para subir y bajar escaleras, correr, saltar. Todo influye sobre la forma de las estructuras porque los tejidos están en estadios más inmaduros; de 1 a 3 años aparecen las funciones y de 3 a 5 años se perfeccionan. Antes de los 6 años es entonces un período ideal para el tratamiento temprano.

Dr. Planas (1) destaca la función masticatoria como determinante de la función oclusal, y la relación de reciprocidad entre masticación y oclusión afirma que la evolución en salud del aparato masticatorio es la mejor prevención de las paradenciopatías y los trastornos de las ATM.

Con respecto a la edad en que se debe actuar, la edad ideal es la de la dentición temporaria y puede extenderse para algunos casos a dentición mixta temprana. En el libro “Genesis de la RNO” publicado por sus alumnos en la mitad del siglo pasado, se expresa el pensamiento de Planas con respecto al momento que debe iniciarse el tratamiento: “Cuando comienzan a actuar las fuerzas desequilibradoras, o sea cuando empiezan a iniciarse las lesiones; es el momento ideal de comenzar nuestra terapéutica, consiguiendo con un mínimo esfuerzo hacer regresar el sistema a la normalidad. Evitaremos así los agrupamientos reaccionales muy difíciles de deshacer cuando llevan mucho tiempo actuando” (5).

En nuestro País el Prof. Dr. Indalecio Buño comienza a hablar de prevención y tratamiento temprano ya en la década de los años 50. En el año 1963 crea la Cátedra de Ortopedia DMF, en la Facultad de Odontología de la Universidad de la República. Dedicado a la especialidad de la Ortodoncia, encontró otro camino que fue el del tratamiento temprano, actuar como el expresaba, en las etapas “floridas” del crecimiento y desarrollo. Sus alumnos comenzamos a conocer los beneficios de la prevención y el tratamiento temprano, aplicando en nuestro trabajo este nuevo criterio terapéutico (13).

Antes de los 6-7 años existe una mayor plasticidad en los tejidos del SE. Esto hace posible una respuesta más biológica y estable para revertir los procesos etiopatogénicos con estrategias terapéuticas sencillas. Podemos lograr que esta importante etapa de dentición temporaria se constituya en una plataforma fisiológica de despegue para los posteriores procesos de crecimiento y desarrollo que darán paso a la construcción del arco dentario permanente.

III) Desarrollo del tema

Debemos tener cuidado al manejar términos como, intercepción y oportunidad de tratamiento.

La palabra intercepción significa cortar el camino, es decir impedir que la patología siga actuando, pero la lesión permanece. El concepto de oportunidad de tratamiento, establece un momento para intervenir terapéuticamente.

Si pensamos en prevención, esto significa actuar antes que la lesión se instale y determina la oportunidad de tratamiento al diagnosticar el riesgo.

Cuando estamos en presencia de disgnacia, la oportunidad de tratamiento es la intervencion terapéutica en el momento que se detecta la patología.

Concretamente el tratamiento temprano consiste en la búsqueda de un plano oclusal paralelo al plano Camper en dentición temporaria y de la guía anterior en la primera etapa de la dentición mixta

Logrados estos dos objetivos que determinan la oclusion , en el periodo de evolución de la dentición mixta el sistema masticatorio podra desarrollar una masticación fisiológica.

EN ESTOS 3 PILARES SE APOYA LA OCLUSIÓN FUNCIONAL

A su vez de las fuerzas desarrolladas por la masticación fisiológica, depende la morfología de los maxilares y de los arcos dentarios.

Podemos afirmar, que este concepto de oclusión funcional y masticación fisiologica es el objetivo final de toda intervención - ortopédico ortodóncica y es lo que asegura la ESTABILIDAD MORFOLÓGICA Y FUNCIONAL DE LOS TRATAMIENTOS

1. Función masticatoria

La masticación como praxia indisolublemente ligada a la succión-deglución, constituye un complejo secretomotor finamente coordinado, que si bien comparte las estructuras estomatógnáticas con otras funciones orales, de por sí constituye la función primaria del aparato masticatorio.

A diferencia de la respiración y la deglución, la masticación es una respuesta motora refleja adquirida, es decir condicionada y aprendida.

Está modulada a nivel periferico por la información de los receptores sensitivos, sensoriales y propioceptivos que establecen reflejos sensitivos motores a varios niveles del SN. A nivel central está controlada en forma automática por las estructuras cerebrales subcorticales.

Sobre la base de los reflejos de sostén hiolinguomandibular, apertura, cierre y lateralidades, se va armando un circuito de re-foalimentación de acuerdo a la calidad y cantidad de alimento y al estatus neurológico de la persona lo cual se constituye en su ciclo de masticación rítmica habitual. (17)

La masticación habitual involucra las arcadas dentarias, lengua y paredes orales que coordinan en forma refleja con los movimientos masticatorios, lo cual explica la alta capacidad morfo- génica de dicha función.

En el proceso de evolucion de las especies en relación a la bipedestación, o sea en la adquisición de la postura erecta, el aparato dentoalveolar, las estructuras craneales junto al organismo todo, sufren particulares modificaciones. Una evolución similar siguen estas estructuras durante el crecimiento y desarrollo en la infancia humana, formando parte del desarrollo neuro psico motriz del niño.(4) (14)

La masticación es también una función variable en el curso de la vida de acuerdo a las demandas del crecimiento y desarrollo del individuo, asi como a las nuevas necesidades alimentarias y del lenguaje. (16)

Esto es posible gracias a la plasticidad de los tejidos que forman las estructuras del organismo del niño, la cual aunque con desmedro se mantiene durante toda la vida del individuo (1).

Plasticidad es la capacidad de un tejido u órgano de transformarse a demanda de un estímulo sea del medio externo, o del propio medio interno, fundamentalmente en periodos de crecimiento. Implica un proceso de aumento de células, migración y diferenciación de las mismas.

Por ej. La maduración de los circuitos nerviosos, la expansión del sistema vascular, el entrenamiento y desarrollo músculo- tendinoso, las dos denticiones, la actividad de las suturas y cartílagos, la remodelación del hueso y su relocalización en el espacio, son mecanismos que explican esa plasticidad y posibilitan un crecimiento eugnasico si los estímulos funcionales se producen en tiempo y forma. El sistema masticatorio se va construyendo en las diferentes etapas de la vida según las necesidades. La función y las estructuras a su vez se van modificando. En este principio es que se basan los fundamentos del tratamiento temprano. (2)

2. Génesis y evolución del plano oclusal

El espacio en donde se van a desarrollar los arcos dentarios existen ya desde la vida intrauterina y esta asegurado por la lengua.

En la vida extrauterina su evolucion forma parte de un proceso global de crecimiento, desarrollo y maduración dentro del llamado desarrollo neurosicomotriz (DNSM). En el lactante es el pezón materno en relación con los movimientos ánt-post de succión que van modelando las ATMs, estimulando el crecimiento mandibular y apoyando el enderezamiento cervical. La lengua asi encuentra su lugar en el espacio orofaríngeo y toma contacto con el paladar blando, dando comienzo al balbuceo. Cuando empiezan a emerger los incisivos caducos se constituye el primer trípole con las ATMs y la mandíbula adquiere la posibilidad de una posición repetitiva.

La lengua se posiciona mas anterior, en contacto con los incisivos inferiores, manteniendo el equilibrio oclusal a lo largo de la vida. Las primeras diducciones mandibulares se van a ir asegurando a medida que se produzca la erupción del resto de los dientes caducos y con el correspondiente cambio en el tipo de alimentación. (2)

A los 3 años el plano oclusal en condiciones de normalidad debe ser plano sin curvas de compensación y con un ligero resalte y rebase, que comienza a disminuir cuando el niño se acerca a los 5 años. (Fig. 1)



Fig.1: 3 años

Es decir que a los 3 años de edad, la función oclusal presenta desocclusion canina y anterior la cual hacia los 4 y 5 años pasa a función de grupo y luego a la isodaquia. Esto es consecuencia del frotamiento dentario (abrasión fisiológica) que a su vez es un estímulo de desarrollo para los maxilares, evidenciándose este por la aparición de diastemas interdentarios. (Fig. 2)



Fig. 2: 5 años

La forma y largo de las raíces de los molares caducos tiene más que ver con la absorción de las fuerzas de la función y parafunción (abrasión y desgaste) para transmitir las a los maxilares y estimular su crecimiento, que con el alojamiento de los gérmenes permanentes" (2). Es clave que en estas etapas se detecte y se solucione cualquier desvío de lo esperado, ya que precede al recambio de la zona anterior y al establecimiento de una guía incisiva funcional.

En la etapa de recambio de la zona lateral, la dimensión vertical se mantiene entre la guía incisiva y los primeros molares permanentes. Como en la isodaquia la oclusión es bilateral con ciclos horizontales, estos continúan en esta etapa de dentición mixta temprana y producen el desgaste de la flor de lis de los bordes incisales y las facetas de desgaste fisiológicas en los primeros molares permanentes (2). Esto es así hasta que comienzan los ciclos unilaterales alternados con función de grupo al erupcionar los premolares. A esta función de grupo se integra el canino que una vez madurado su tercio apical estará en condiciones de iniciar la desoclusión canina.

Si hay armonía morfológica en los maxilares y equilibrio en la función de los músculos masticatorios, el plano oclusal se irá conformando en un "sube y baja" de fuerzas propias de una masticación fisiológica unilateral alternada y del biotipo. (Fig 3)

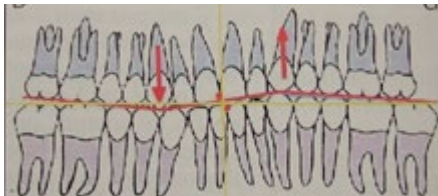


Fig. 3:

Se ejercen mínimas intrusiones del lado masticatorio las cuales se bloquean cuando este se convierte en lado de no trabajo y así alternativamente un lado y el opuesto (11). Si la masticación no es alternada y privilegia un lado masticatorio, el plano oclusal se conformara asimétrico siguiendo las fuerzas de intrusión sin la descompresión necesaria para que sucedan los fenómenos de desarrollo basal y alveolar. Conformación Plano oclusal (11).

3. Plano Oclusal

Existe una reciprocidad entre función masticatoria fisiológica y plano oclusal funcional (POF). El POF es aquel plano oclusal que permite a la función mandibular realizar movimientos bordeantes libres sin interferencias y en concordancia con la funcionalidad de las articulaciones temporomandibulares (ATMs), es variable a lo largo de la vida y particular para cada individuo. Es durante la dentición caduca donde es más fácil su control debido a la brevedad de la longitud del arco y al hecho de que es plano, es decir sin curvas de compensación (9). El POF queda definido por el acople del recorrido condileo, altura cuspídea, guía incisiva funcional y los ángulos funcionales masticatorios de Planas (AFMP).

El plano oclusal debe ser aproximadamente paralelo al plano de Camper: derecha, izquierda y frontal.

El plano de Camper es un plano antropométrico que atraviesa en corte transversal la cabeza a nivel de 4 puntos cutáneos: tragus izquierdo y derecho y reborde inferior de ala de la nariz izquierdo y derecho. Por debajo y en paralelo a este plano se produce y organiza todo el crecimiento de las arcadas dentarias lo cual determina el aumento armonioso del tercio inferior de la cara.

La función masticatoria es la que ubica a los dientes en su posición final dentro los arcos dentarios y con sus antagonistas.

Planas considera que tanto las ATMs como la oclusión dentaria son obra de la masticación fisiológica (1). Por tanto podemos determinar una relación funcional entre plano oclusal y función masticatoria. El plano oclusal funcional es aproximadamente paralelo al plano de Camper, es individual para cada persona y esta determinado por la masticación. (Fig. 4)



Fig. 4:

Si la masticación no es fisiológica el plano oclusal tampoco será funcional: los ángulos funcionales masticatorios de Planas no serán simétricos y el plano oclusal seguramente no será paralelo al plano de Camper, ni habrá guía anterior.

4. Examen clínico del plano oclusal

El PO es una entidad dinámica, por lo que la mejor manera de evaluar su funcionalidad es el examen clínico sistemático.

a) Palpación de los músculos masticatorios, maseteros y temporales:

En una oclusión temporaria en un niño a los 3 años de edad, con características de normalidad la contracción de los músculos maseteros y temporales es simétrica. Esto es valido tambien en los sucesivos estadios evolutivos de la dentición y refleja una masticación fisiológica. (Fig. 5)



Fig. 5:

Se apoyan dedos índice y mayor en la masa muscular y se pide abrir y cerrar reiterados cortos y rápidos. Si hubiera predilección por un lado masticatorio el masetero homólogo se palparía más al igual que el temporal contralateral.

Esta maniobra la hacemos de rutina para evaluar el estatus masticatorio de nuestro paciente en el diagnóstico y en la evolución de aquellos tratamientos que modifiquen el plano oclusal. (6) (14).

b) Plano oclusal en relación al plano de Camper:

El plano de Fox utilizado en la clínica nos permite observar la relación entre el plano oclusal y el plano de Camper. (Fig. 6)

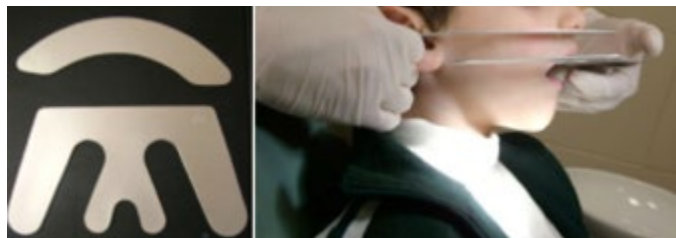


Fig. 6

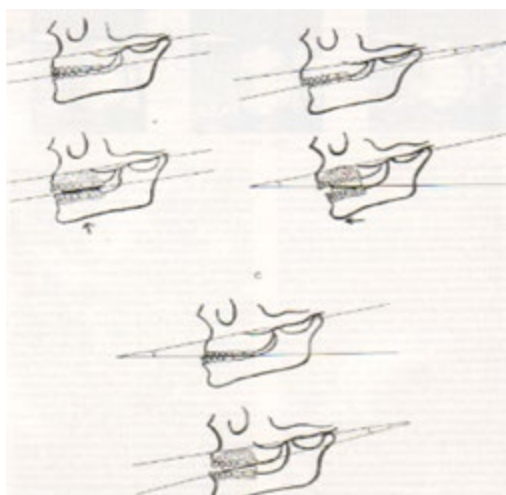


Fig. 7

Para comprobar que el plano oclusal sea aproximadamente paralelo al plano de Camper, tomamos como referencia el plano oclusal que une molares temporarios y en dentición mixta molares temporarios y primer molar permanente. Apoyamos herradura interna del plano de Fox sobre el plano oclusal y comparamos su situación con respecto al dispositivo externo que marca el plano de Camper. (6) (14)

Esto lo repetimos a derecha, izquierda y frontalmente. Si las 3 mediciones dan paralelas y equidistantes es una condición favorable para el crecimiento armonioso asimismo como mejora el pronóstico en los tratamientos. Cuando existe desequilibrio funcional en el plano sagital, el plano oclusal y el plano de Camper se relacionan determinando ángulo abierto adelante, relación de clase II, o relación de clase III donde el ángulo se presenta abierto hacia atrás. En mordidas cruzadas funcionales se observa que del lado que se mastica, el plano oclusal está más próximo al plano de Camper. De frente el plano oclusal se observa inclinado hacia el lado de mínima dimensión vertical, lado masticatorio. (Fig. 7)

c) Examen de la Trayectoria de Cierre:

Partiendo de la posición fisiológica de reposo mandibular observamos cómo se desplaza el punto interincisivo hasta llegar a la máxima intercuspidad (12). Si este recorrido se produce sin desvíos existe equilibrio neuromuscular y oclusal. Si hubiera desplazamiento en cualquiera de los 3 planos del espacio, en-

tonces estaremos en presencia de una discrepancia entre los músculos y el plano oclusal (interferencia). (Fig. 8 y 9)



Fig. 8



Fig. 9

d) Examen de la Función Oclusal:

Se examinan los movimientos bordeantes de lateralidad y propulsión que empiezan y terminan en máxima intercuspidad. Si existe dificultad para realizarlos o alguno de ellos hay que asistirlos con la mano del profesional, entonces, la función no es simétrica.

También hay que observar que no exista contacto posterior durante las excursiones mandibulares. (7) (14)

- la guía incisiva hay que explorarla en forma dinámica durante la lateralidad mandibular, en la cual los incisivos y caninos deben contactar a derecha e izquierda.

Si no lo hicieran y se produjera una apertura durante las lateralidades, es porque se produce un desacople por interferencia posterior (Fig. 10).

Algo similar ocurre cuando hacemos propulsión y se abre la mordida en la zona anterior. Este dato del examen empeora



Fig. 10



Fig. 11

el pronóstico de conseguir una guía incisiva funcional desde el inicio.

También una guía incisiva establecida en una sobremordida es patológica, dice Planas: "la mandíbula se desplaza hacia derecha e izquierda en un plano frontal desplazando en las ATM el cóndilo de trabajo hacia afuera y atrás en un ángulo de Bennet exagerado y patológico con lesiones para la articulación" (1).

Esto se debe al atrapamiento mandibular que se produce en estas anomalías, que permite solo movimientos de abre y cierre o con muy con leves lateralidades. (Fig. 11)

Hay que señalar que todo esto puede ocurrir en una oclusión que se visualiza alineada y cosméticamente aceptable en oclusión máxima, de ahí el riesgo de que no sea diagnosticada a tiempo. Todo odontopediatra debiera realizar el examen funcional de la oclusión y el examen de la función mandibular en sus consultas de rutina y al terminar sus tratamientos reauradores. (14)

- El examen de los ángulos funcionales masticatorios de Planas (AFMP) constituye el mejor diagnóstico clínico de la función masticatoria que le podemos realizar a nuestro paciente, "sin necesidad de los sofisticados y poco biológicos articuladores" (1).

Se toma como referencia el punto interincisivo inferior y el borde libre de los incisivos superiores donde este se proyecta.

Aquí se apoya una punta fina de marcador indeleble y se hace lateralizar la mandíbula a derecha e izquierda. Así se inscriben sobre la superficie vestibular de los inferiores dos líneas a derecha e izquierda a modo de techo de rancho que representan el camino inverso de la guía canina.

La principal condición para una masticación unilateral alternada es que esta figura sea simétrica y formando una angulación que es específica para cada etapa del desarrollo del plano oclusal.

Por ejemplo, si una línea de la figura es más empinada que otra está señalando la predilección de un lado masticatorio, es decir que mastica del lado de la línea de menor angulación.

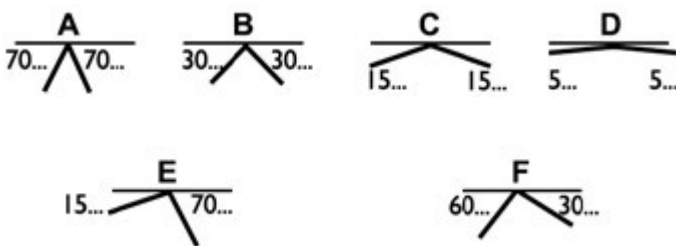


Fig. 12 - Esquemas con las variantes de AFMP a distintas edades, y en distintas anomalías (1).

A- mordida cubierta sin desvíos, B-oclusión normal a los 3 años, C-abrasión y desgaste con función de grupo, D.isodaquia, E-mordida cruzada con fuerte predominio masticación lado derecho, F-mordida cruzada con predominio del lado izquierdo.

En el caso de que hubiera un gran diastema o incisivos superiores ausentes, este método gráfico no se podría realizar. También podemos despistar nuestro lado masticatorio en forma indirecta, evaluando en boca a través del equiplan de diagnóstico cual es el mayor espacio libre interoclusal (ELIO) coincidente con el AFMP menor. (Fig. 13)



Fig. 13: Equiplan de Diagnóstico.

Otra forma indirecta de determinación del lado masticatorio es a través de la ortopantomografía (OPT). Para que sea válido, esta debe ser tomada colocándole al paciente un "jig" interoclusal centrándole las líneas medias faciales y/o las dentarias. De este modo también evaluamos el mayor ELIO como lado masticatorio y un AFMP menor. (Fig. 14)

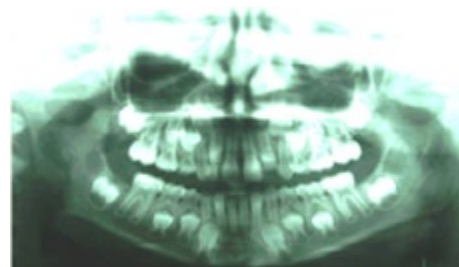


Fig. 14

Por supuesto que la evaluación de los AFMP se complementa con la palpación de los músculos masticadores ya descrita en el primer punto de examen clínico.

IV) Metodología de trabajo en la clínica de IUCEDDU

En dentición caduca o mixta temprana el tratamiento temprano nos permite reorientar las fuerzas neuromusculares, diseñar y estabilizar el plano oclusal ya sea mediante equilibrado oclusal, pistas directas o solucionando discrepancias de crecimiento entre los maxilares con aparatologías diversas (14).

EQUILIBRADO OCLUSAL

El objetivo es preventivo. Consiste en simetrizar la fuerza masticatoria a ambos lados con pequeños desgastes de esmalte del diente caduco, estimulando así la capacidad propioceptiva periodontal que a su vez regula en forma refleja la contracción de los músculos masticadores.

Se marcan con papel de articular los movimientos de abre y cierre cortos y rápidos mientras se palpan los maseteros y temporales. Eliminan los puntos de mayor fuerza, hasta que las marcas son simétricas y la contracción muscular también. (6)

Para hacer un buen diagnóstico es necesario conocer en profundidad, el desarrollo de la dentición y sus características fisiológicas, para que cuando se detecten los factores de riesgo en el desarrollo del aparato masticatorio, podamos recurrir a

las diferentes estrategias preventivas de que disponemos actualmente.

Por ej: Cuando en una oclusión temporaria de un niño a los 3 años de edad, con características de normalidad encontramos por palpación que la contracción de los músculos maseteros y temporales no es simétrica, esto esta representando un riesgo.

Frente a esta desarmonía de la función muscular, si no se realizan medidas preventivas, como lo es el equilibrado oclusal, el sistema se dirige hacia una asimetría funcional y morfológica luego.

Como bien lo explica el Dr. Planas en sus Leyes del crecimiento y desarrollo del aparato masticatorio, durante las etapas de crecimiento y desarrollo, la masticación con predominio de un lado, conduce a la asimetría de crecimiento de los maxilares, la cual se hace más manifiesta con el transcurso del tiempo.(1)

Cuando logramos el equilibrio en la función muscular, estamos controlando el riesgo de que esto ocurra. (14)

TERAPÉUTICA DE PISTAS DIRECTAS DEL DR. PLANAS

El objetivo terapéutico es pasar de un plano oclusal patológico a un plano oclusal funcional.

O sea, quitar las interferencias oclusales que cambian la posición mandibular, lograr equilibrio funcional y paralelizar el plano oclusal al plano de Camper. (6)

De esta manera cambiamos la función neuromuscular, a través de la oclusión dentaria. Siempre que realizamos esta terapéutica tendremos presente las Leyes del crecimiento y desarrollo del aparato masticatorio de Planas. (1)

Esta terapéutica consiste en realizar primero en forma individual planos de resina en dientes temporarios superiores que permiten organizar el plano oclusal paralelo al plano de Camper, para luego realizar las pistas en los inferiores con el objetivo de centrar líneas medias oseas y organizar la función mandibular para una masticación unilateral alternada.

La estabilidad del sistema no solo estará dada por factores oclusales sino que además será la resultante del equilibrio con las masas musculares que rigen su alineación tridimensional. (2)

Tomando este concepto del Dr. Alonso queremos significar que construyendo o devolviendo un plano oclusal funcional estaremos normalizando los circuitos reflejos no solo con los músculos masticatorios, sino con toda la musculatura asociada reflejamente con ellos, como ser los músculos linguales, piso de boca, velo, músculos faciales y faríngeos, posturales, etc. (14)

Es decir estaremos normalizando la función masticatoria, deglutoria y fonoarticulatoria de nuestro pequeño paciente, funciones altamente morfogénicas junto con la función madre que es la respiración nasal.

Cómo y cuándo realizamos equilibrado y/o pistas directas?: Será objeto de desarrollo en la parte II de este trabajo.

Bibliografía

- 1- Planas, P. Rehabilitación neuroclusal. 1987.
- 2- Alonso, A. Oclusión y Diagnóstico en Rehabilitación Oral. 2000; 1:1-14
- 3- Delaire, J. Revue d'Orthopédie Dento-faciale. 2003; 37:243-265.
- 4- Deshayes, M. J. L'art de traiter avant 6 ans, 2006.
- 5- Genesis de la Rehabilitación Neuroclusal-Alumnos Dr. Pedro Planas.
- 6- Barbosa Dos Santos, J.L. Curso teórico-clínico de pistas directas de Planas. Montevideo, I.U.C.E.D.D.U., 2005.
- 7- Rakosi, T. Atlas de Ortopedia Maxilar: Diagnóstico, 1992: 123-165.
- 8- Enlow, DH. Crecimiento máximo-facial. 3ª Ed., Cap. 11:292-311.1984
- 9- Raymond, J.L. Finalité fonctionnelle et oclusale du traitement orthopédique de classe III, Rev. Orthop. Dento-Faciale, 37(3): 285-303, 2003.
- 10- Vesse, M. Traitement précoce de la classe III, ces justifications théoriques et cliniques, Rev. orthop. Dento-Faciale, 37(3): 305-328, 2003
- 11- Planas, J Semiología de la masticación. Rev. Orthop. Dento-Faciale 35:319-336, 2001.
- 12- Abjean, J. Búsqueda de la posición fisiológica de reposo mandibular: interés diagnóstico y terapéutico. Rev. Orthop. Dento-Faciale. 32: 109-205, 1998.
- 13- Buño, I. Comunicación personal. Cátedra Ortopedia y Ortodoncia FOU-UDELAR, Montevideo, Uruguay
- 14- Haller, W. – Poggi, I. Curso teórico- clínico. Tratamiento temprano con pistas directas. IUCEDDU Mayo 2014-Montevideo, Uruguay.
- 15- Carbone, Lorena. Tratamiento temprano de las maloclusiones sin aparatología funcional: Presentación de dos casos clínicos. International Journal of Odontostomatology VD.8 Issue 2, Agosto 2014.
- 16- Da Silva De Souza, Katiúscia, Mordida cubierta. Terapéutica oclusal según Filosofía del Dr. Pedro Planas. Guía del Odontólogo, AÑO VIII, N° 27, Octubre 2007
- 17- Fisiología del sistema estomatognático. Arturo Manns. Facultad de Odontología, Universidad de Chile. 1a. Edición Año 1988 -Capítulos: II-III-IV.