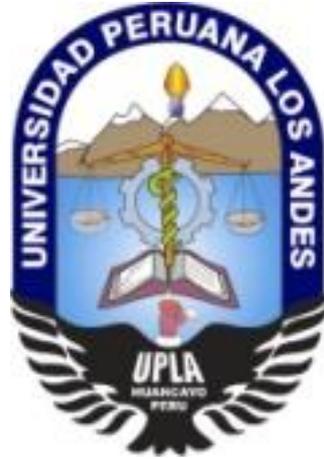


UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad Ciencias de la Salud
Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**Título: TRATAMIENTO DE APIÑAMIENTO ANTEROINFERIOR
EN DENTICIÓN MIXTA**

Para optar el Título profesional de Cirujano Dentista

Autora :

GIANNINA PAOLA ESPINOZA ASTETE

Área de Investigación..... Salud y Gestión de la Salud

Líneas de Investigación..... Investigación Clínica y Patológica

Huancayo – Perú

2019

AGRADECIMIENTO

A mi familia en especial a mi papá, mi mamá y mis hermanos por haberme dado el apoyo incondicional para lograr esta meta en la cual hoy me siento satisfecho de llegar a ser un profesional en la sociedad actual.

DEDICATORIA

A Dios y mi familia, y a quienes me han dado el ánimo de continuar en esta carrera en la que tengo compromiso con la salud ya que juega un papel muy importante en el ámbito de la salud de la comunidad dentro de la sociedad.

CONTENIDO

Tabla de contenido

RESUMEN	3
INTRODUCCIÓN	4
CAPITULO I	6
DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA.....	6
FORMULACIÓN DE OBJETIVOS	6
OBJETIVO GENERAL.....	6
CAPITULO II	7
2.1 MARCO TEÓRICO.....	7
2.2 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO	7
INTERNACIONAL.....	7
NACIONAL	9
BASES TEÓRICAS.....	10
Apiñamiento dental.....	10
Diagnóstico.....	10
a) En Dentición temporal:	10
b) En Dentición mixta:	11
c) En Dentición permanente:	11
Consecuencias del apiñamiento dental	11
El tratamiento según el caso puede ir encaminado a conseguir distintos objetivos:.....	12
Tallado de los dientes caducos.....	12
III. CONTENIDO	14
DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO	14
HISTORIA CLÍNICA.....	14
ANTECEDENTES:	14
CONCLUSIONES	20
RECOMENDACIONES	21
BIBLIOGRAFIA.....	22

RESUMEN

Se presenta un trabajo de un caso clínico con dentición mixta en una niña de 7 años de edad con apiñamiento en el sector anterior inferior por falta de espacio.

El recambio dentario en la dentición mixta que se presenta a partir de los 6 años de edad hasta los 13 años en Sudamérica, pueden aparecer diferentes alteraciones en el crecimiento dentario en la larga cronología de erupción, uno de ellos es el apiñamiento y falta de espacio para dar pase a los dientes permanentes.

Cuando ocurren la erupción de los dientes permanentes según la cronología de erupción empiezan con los dientes anteriores inferiores, los deciduos tienen que dar pase para que se posicionen los permanentes, pero en el crecimiento maxilar a veces suele haber retardo de estos, cuando hay falta de espacio en el crecimiento suelen posicionarse uno sobre otro o causando giro versiones en el sector anterior, en estos casos se tiene que hacer un análisis exhaustivo para proceder a un plan de tratamiento.

En el caso particular de la paciente niña se optó por hacer un desgaste selectivo del canino deciduo por mesial creando espacio para que se posicione adecuadamente de la pieza 4.2 con la ayuda de un aparato removible ortodóncico con alambres número 8 y su evolución fue buena y se recomienda estos tipos de tratamientos tempranos para una buena evolución en estos tipos de casos.

Palabras clave:

Dentición mixta, recambio dentario, apiñamiento, giroversión, desgaste selectivo, aparato ortodóncico.

INTRODUCCIÓN

La obtención de una oclusión normal es la preocupación de todos los estomatólogos que se dedican al trabajo infantil. La armonía funcional debe ser tenida en cuenta desde la misma dentición temporal, ya que la dentición en estas edades, además de permitir la fonación y la alimentación del niño, servirá de guía en la erupción de los dientes permanentes por tanto podrán ser prevenidas alteraciones que posteriormente causarían serios problemas oclusales en el adulto¹.

La Ortodoncia moderna incluye la intercepción de las anomalías oclusales como un aspecto muy importante y dentro de éstas, el tratamiento de las interferencias oclusales inmediatamente que sean detectadas.

Según la Organización Mundial de la Salud, las maloclusiones ocupan el tercer lugar en prevalencia entre las afecciones bucodentales, después de la caries y la enfermedad periodontal².

El desgaste selectivo de dientes temporales es un recurso poderoso en la prevención de las mal oclusiones. Para evaluar la efectividad del mismo en el tratamiento de las oclusiones, Cualquiera que sea el método terapéutico empleado, la meta primordial del tratamiento es lograr una perfecta función del sistema masticatorio y una estética satisfactoria, es decir, una Rehabilitación Neuro-Oclusal (RNO). El Dr. Planas preconiza y efectúa el tallado selectivo en la RNO desde la infancia, y lo considera el primer “aparato” de la Ortopedia Máxilo-Facial³.

El desgaste selectivo (ajuste oclusal) es el cambio de forma de la anatomía oclusal de los dientes, para minimizar el papel de las interferencias en las posiciones oclusales mandibulares determinadas por reflejos⁴.

Este es un recurso poderoso en Ortodoncia para el alivio o curación total de las oclusiones

La temprana eliminación de todos los disturbios oclusales, completándose con la orientación masticatoria, mejora las condiciones para alcanzar la dentición mixta y permanente⁵.

Hoy en día existe una gran importancia por conservar los dientes naturales, muchos dientes se pierden a muy temprana edad, esta pérdida conduce a maloclusiones o a problemas estéticos y funcionales que pueden ser de manera transitoria o permanente. El objetivo fundamental de la terapia pulpar es conservar la integridad y la salud de los tejidos orales.

CAPITULO I

DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA

Las alteraciones que se dan en el recambio dentario según cronología de erupción son muy comunes y pueden causar giroversiones o mal posiciones dentarias en los niños, estas se dan a partir de los 6 años a los 13 años de edad la falta de espacios para que se puedan posicionar los dientes permanentes son las causas frecuentes, el tratamiento temprano hace que mejoren estos casos ya que a la larga evitan que se altere más la oclusión dental y optar por tratamientos más radicales, no hay prevención o difusión en los centros de salud o entidades del estado lo cual hacen que los padres opten por una consulta particular y pagar tratamientos más caros y es por eso que muchos pacientes niños no pueden hacerse tratamientos a tiempo y alterándose la oclusión y causando problemas estéticos, psicológicos y calidad de vida.

FORMULACIÓN DE OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL

El objetivo del presente trabajo es resolver la mala oclusión con técnicas menos invasivas y tratamiento ortodoncico removible a temprana edad.

CAPITULO II

2.1 MARCO TEÓRICO

2.2 ANTECEDENTES DEL ESTUDIO

INTERNACIONAL

En el año 2004, Tausche y col. realizaron un estudio cuyo objetivo fue determinar factores específicos de necesidad de tratamiento a principios del período de dentición mixta. Un total de 1975 niños entre 6 y 8 años fueron evaluados para estimar la prevalencia de maloclusiones con el índice de necesidad de tratamiento de ortodoncia (IOTN) durante el primer período de dentición mixta. Los resultados mostraron que, en la sobremordida y el resalte, ambas más de 3,5 mm, fueron más frecuentes las discrepancias, que afectaron al 46.2% y el 37.5% de los pacientes, respectivamente. La mordida abierta anterior fue registrada en 17.7%, mordida cruzada en 8,2%, y el resalte inverso en 3.2%. Una anchura del diente a diferencia de longitud de arco se registró en el 12% de los dientes en la arcada superior y en el 14.3% en el arco inferior. La proporción de niños con una gran o muy grande necesidad de tratamiento (los grados 4 y 5) fue 26,2%. Entonces, se pudo concluir que el IOTN es una herramienta epidemiológica fiable para beneficiar a los servicios de salud locales en la planificación de su presupuesto, así como para mejorar el enfoque de los servicios mediante la inducción de una mayor uniformidad y estandarización en la evaluación de la necesidad de tratamiento de ortodoncia⁷.

Fujiki y colaboradores en el 2004 investigaron la relación entre los movimientos característicos de la lengua y la morfología maxilofacial en pacientes con mordida abierta anterior. Para ello evaluaron a 10 pacientes (mujeres). Se vio que existía una gran relación entre el ángulo mandibular, la altura de la rama mandibular, o la dimensión antero posterior de la maxila y los movimientos de la parte dorsal anterior de la lengua durante la deglución. El estudio demuestra que en pacientes con mordida abierta los movimientos

de la lengua durante la deglución están íntimamente relacionados con la morfología maxilofacial⁶.

Asimismo, en el año 2004, Manzarena y col. analizaron la necesidad de tratamiento ortodóncico en la población escolar de la ciudad de Valencia, empleando el IOTN. Para ello, se examinaron 104 niños y niñas entre 10 y 12 años seleccionados aleatoriamente de 3 colegios diferentes de dicha ciudad. Se analizó el componente de salud oral del IOTN y se obtuvo que entre el 14 y el 30% de la población en este rango de edad necesita tratamiento ortodóncico; entre el 23% y el 41% presenta una necesidad moderada o dudosa; así como entre el 35 y el 54 % de la población no necesita tratamiento. Según el componente estético del IOTN, solo entre el 3.5 y el 15% necesitaría tratamiento. Por tanto, combinando ambos componentes, se concluyó que entre el 22 y el 40% de los niños entre 10 y 12 años serían susceptibles de recibir tratamiento ortodóncico⁷.

Barrantes AB. (2016) Indica que 38 pacientes atendidos en la Clínica ULACIT de enero a agosto del 2015 presentaron terapias pulpares, representando por el 71% que correspondieron a pulpotomías, un 13% para las pulpectomías y un 16% correspondiente a pulpotomías y pulpectomias realizadas en un mismo paciente, con mayor frecuencia en el género masculino, con una edad mínima y máxima entre un 1.5 y 9 años de edad, edad promedio a 5.4 años, edad con mayor frecuencia de tratamientos es a los 5 años, las piezas más tratadas fueron 7.5 y 7.4 y en el caso de pulpectomias fueron 6.5 y 8.5. Se concluye que las terapias pulpares como las pulpotomías, las piezas más afectadas son: en el sector inferior izquierdo en las piezas 7.4 y 7.5, del lado inferior derecho 8.5 y 8.4, además del sector superior izquierdo en la pieza 6.4, finalmente el sector derecho en la pieza 5.4⁸.

NACIONAL

Salas GF. (2017). Se encontró que de la distribución del tratamiento dental según diagnóstico pulpar se observa que al 29.2% de la muestra que se le realizó tratamiento de Pulpectomía presentó diagnóstico de pulpitis irreversible, al 28.6% 37 que se le realizó Exodoncias presentó diagnóstico de necrosis pulpar, al 20.5% que se le realizó Pulpectomía presentó diagnóstico de necrosis pulpar. Como conclusión se obtuvo que el 29.2% de pacientes con diagnóstico de pulpitis irreversible se le realizó Pulpectomías; el diagnóstico más frecuente es la Necrosis pulpar presente en el 49.1% de los pacientes atendidos en el Hospital General de Huacho en el 2015⁹.

Álvarez AD (2017) Determinó la relación entre el diagnóstico de la patología pulpar y el tratamiento realizado por los alumnos, en pacientes niños que acudieron a la clínica estomatológica de la universidad de Huánuco durante el año 2017. Se trabajó con una muestra de 58 historias clínicas efectivas, así como 58 alumnos tratantes de IX – X ciclo, ambas muestras tomadas según los criterios de inclusión y exclusión, obteniéndose como resultados: que la pulpitis irreversible es el diagnóstico pulpar más frecuente con 124 (38%), seguido de la necrosis pulpar 104 (31,9%) y en menor frecuencia la pulpitis reversible 98 (30,1%), así mismo, encontramos que el tratamiento más frecuente fue la exodoncia 123 (37,7%), seguido de las pulpectomias 89 (27,3%), en ligera menor frecuencia las pulpotomias 82(25,2%), en menor frecuencia se realizaron las restauraciones 31(9,5%), además que se aplicó sellante dental a una pieza dental, llegando a la conclusión que: Existe relación estadística entre el tratamiento realizado por los alumnos y el diagnóstico brindado a las piezas dentarias de los pacientes en la Clínica del Niño de la Universidad de Huánuco y que no existe relación estadística entre el tratamiento realizado por los alumnos y la edad respectivas de cada paciente¹⁰.

BASES TEÓRICAS

Apiñamiento dental.

Es un tipo de maloclusión muy frecuente en la dentición mixta, en la cual se observa irregularidades dentarias, una carencia de espacio o discrepancia entre el tamaño arco óseo y la masa dentaria, lo cual impide la erupción dentaria bien posicionada. Clínicamente observamos un apiñamiento dental montados uno sobre otros por falta de espacio.

Entre las maloclusiones, encontramos el apiñamiento dentario como una de las manifestaciones más notables, por la repercusión que tiene en la estética del paciente, así como en la predisposición a las caries y en la consiguiente afectación de los tejidos periodontales. El apiñamiento dentario ha venido afectando a la humanidad durante siglos. Weingerber señaló que hace varias centurias hubo conocimiento de apariencias feas producidas por "dientes apiñados"; éstos se mencionan en los escritos de Hipócrates, Aristóteles, Celso y Plinio, citados por Mayoral¹¹.

El apiñamiento dentario corresponde a una discrepancia negativa entre el tamaño de la base ósea y la masa dentaria, resultando un espacio insuficiente en los arcos para la ubicación correcta de las piezas dentarias¹².

Diagnóstico

Los medios auxiliares de diagnóstico están en dependencia con la etapa del desarrollo de la dentición¹³:

a) En Dentición temporal: Se utilizan las radiografías periapicales o panorámicas. La ausencia de diastemas en esta dentición es un factor predisponente al apiñamiento cuando se produzca el cambio dentario.

b) En Dentición mixta: Se utilizan radiografías periapicales, panorámicas, modelos de estudios, que además de aportarnos los detalles morfológicos, nos sirven para realizar mediciones en los modelos; también éstas pueden efectuarse directas en boca y por métodos computarizados para determinar índice incisivo, análisis transverso y discrepancia dentaria por el método Moyers-Jenkins. En ésta es indispensable predecir el tamaño de caninos y premolares para determinar el espacio necesario.

c) En Dentición permanente: Se hacen los indicados en la dentición mixta, y en el análisis de los modelos se incluye el de Bolton para conocer cuándo el tamaño de los dientes superiores o inferiores no están en proporción con el de sus antagonistas (Discrepancia Total Dentaria). Es necesario para lograr una buena oclusión, que los tamaños de los dientes de ambos arcos estén proporcionados¹³.

Consecuencias del apiñamiento dental

Este tipo de deformidad es consecuencia de la desigualdad existente entre el tamaño de los dientes y el espacio interdental necesario para que estén alineados y, aunque en la aparición de dientes apiñados hay un componente genético, se ha percibido un aumento de casos de este problema que puede ocasionar dificultades para comer y hablar e incluso problemas bucodentales como consecuencia de la acumulación de placa¹⁴.

Tratamiento El apiñamiento varía de un individuo a otro, y puede existir más de un factor contribuyente en un mismo individuo; en ocasiones, la anomalía se complica por desequilibrios esqueléticos y/o neuromusculares. Puede observarse el apiñamiento en la discrepancia 0 (espacio disponible igual al que necesitamos) como en los casos con rotaciones de los dientes del segmento posterior o cuando se trata de una dentición mixta que puede resolverse el espacio en el cambio dentario. Cuando la discrepancia es negativa, el espacio disponible no es suficiente para la alineación dentaria, debido a la

disminución de la longitud del arco, por macrodoncia, microrrganismo o una combinación de éstos¹⁵.

El tratamiento de ortodoncia se puede realizar de dos maneras según el tipo de fuerzas que se apliquen, principalmente están: La técnica fija mediante aparatología fija que está compuesta de elementos adheridos a los dientes (bandas) a los que se ancla firmemente unos finos arcos elásticos de aleación metálica (níquel-titanio) mediante un conjunto de ligaduras¹⁵.

El tratamiento según el caso puede ir encaminado a conseguir distintos objetivos:

Por una parte, podemos actuar de forma preventiva intentando ahorrar el máximo espacio durante la época de recambio. Por ejemplo, si la pieza dentaria temporal se pierde antes de lo debido, podemos impedir que los dientes de al lado ocupen su espacio mediante unos aparatos bucales, llamados mantenedores de espacio, que pueden ser removibles o fijos durante el tiempo necesario.

Tallado de los dientes caducos

El tallado (slicing) secuencial de los dientes caducos consiste en la extracción de 1-3mm de porción mesial de la corona clínica de los caninos y de los molares de leche con el fin de crear un espacio para el diente permanente que esta irrumpiendo por mesial, este procedimiento de por si solo en asociación con otros aparatos, permite optimizar la utilización del espacio de deriva.

En la arcada inferior está indicado el tallado de los:

- Caninos caducos con el fin de crear espacio suficiente para permitir el alineamiento espontáneo de los insicivos permanentes.
- Primeros molares caducos con el fin de crear el espacio necesario para la erupción de los caninos permanentes.

- Segundos molares de leche para permitir así la distalización espontánea del primer premolar en fase de erupción o ya erupcionado, del canino permanente y el alineamiento de los incisivos permanentes. El punto de contacto entre el segundo molar caduco y el primer molar permanente es suficiente para impedir la migración fisiológica mesial de éste¹³.

III. CONTENIDO
DESARROLLO DEL CASO CLÍNICO
HISTORIA CLÍNICA

ANTECEDENTES:

Nombre: FLAVIA GALVEZ MONSANTO edad 7años.

Su madre manifiesta que le están saliendo sus dientecitos chuequitos y querían que la vean para ver que tratamiento se iba hacer.

Paciente sin antecedentes prenatales y post natales al examen clínico general Ectoscopia:
ABEG – ABEN – ABEH – LOTEPE Sin alteraciones aparentes en el examen extra e intra oral.

La paciente niña no presenta antecedentes tampoco enfermedades sistémicas, se encuentra se tomaron radiografías intra orales periapicales en el sector anterior inferior para poder realizar su diagnóstico y descartar alguna patología.

En el diagnóstico definitivo la paciente presenta apiñamiento anterior inferior por falta de espacio.

En el plan de tratamiento se optó por hacer un desgaste selectivo de la pieza 8.3 en mesial así poder crear espacios para ayudar con un aparato removible a mover a la pieza permanente al espacio deseado.

FIG.1



FIG.2



FIG.3



FIG.4



FIG.5

ELIMINACIÓN DEL TEJIDO 2mm



FIG.6

Toma de impresión



FIG.7



FIG.8



FIG.9



CONCLUSIONES

1. El diagnóstico a temprana edad del apiñamiento dental y las maloclusiones evitará problemas a futuro en el niño y tratarse con aparatos más costosos y en muchas veces el paciente no puede costearse el tratamiento.
2. El tratamiento del desgaste selectivo de la dentición temporal es una alternativa para solucionar el apiñamiento a tiempo.
3. Hay tratamientos de desgaste selectivo con tratamiento pulpar que también está indicado según el caso a presentarse.
4. El tratamiento en su mayoría tiene que estar seguido de tratamientos ortodóncicos o aparatología removible según sea el caso.

RECOMENDACIONES

1. Se recomienda al cirujano dentista hacer masiva sobre la prevención del apiñamiento dental y que se puede prevenir a tiempo.}
2. Es necesario realizar el diagnóstico precoz y correcto sobre el apiñamiento dental y que puede acarrear a mal oclusiones mas severas en el paciente.
3. No se debe únicamente centrar en las maloclusiones a las que se pueden relacionar, sino que también afectan otros problemas de salud oral como dolores articulares, dolores musculares, problemas de crecimiento y desarrollo maxilar entre otros.
4. Es por eso que se sugiere que todos los profesionales de salud oral sean capaces de detectar la presencia de interferencias oclusales, y en caso de estar relacionadas con algún tipo de mal oclusión manejarlo de manera adecuada.

BIBLIOGRAFIA

- 1.- Cabrera Sánchez, Teresa Virginia y Col. Interferencias oclusales en niños con dentición temporal y mixta temprana. MEDISAN vol.19 no.3 Santiago de Cuba mar. 2015.
- 2.- Urrego Burbano PA, Jiménez Arroyave LP, Londoño Bolívar MA, Zapata Tamayo M, Mariaca P. Perfil epidemiológico de la oclusión dental en escolares de Envigado, Colombia. Rev Salud Pública. 2011 [citado 12 Ago 2014];13(6). Disponible en: http://www.scielosp.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000600013
- 3.- García del Carrizo R. Odontopediatría. Necesidad Urgente. Rev Española de Estomatología 1963; XI (6): 36-37.
- 4.- Moyers RE. Manual de Ortodoncia. 4ta ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1992. Pp. 548-552.
- 5.- Simões W A. Ortopedia Funcional vista a través de la rehabilitación neurooclusal. Caracas; 1989. Pp. 44, 173-197.
- 6.- Tatsuya F. Relationship between maxillofacial morphology and deglutitive tongue movement in patients with anterior open bite. Am J Orthod Dentofac Orthop 2004;125:160 – 7.
- 7.- Salas GF. Frecuencia de tratamiento dental según el diagnóstico pulpar en pacientes con dentición decidua atendidos en la consulta dental del Hospital General de Huacho en el 2015. Facultad de Medicina Humana y Ciencias de la Salud. Escuela Académico Profesional de Estomatología; 2017.

- 8.- Álvarez AD. Relación entre el diagnóstico y el tratamiento de la patología pulpar en dientes deciduos de pacientes niños que acudieron a la Clínica Estomatológica de la Universidad de Huánuco en el año 2017. Universidad de Huánuco. Facultad de Ciencias de la Salud; 2017.
- 9.- Paredes J. (2004). Espacios fisiológicos y los tipos de pianos terminales en las arcadas de los niños de 3 a 6 años en tres centros educativos del distrito de metropolitano de Lima. Perú.
- 10.- Muñoz, M. (2008). Comportamiento de las maloclusiones dentarias en niños de 5 - 11 años. [Tesis para optar al Grado de Bachiller]. Perú.
- 11.- Acevedo, S. et.al. (2014). Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años en el Asentamiento Humano Haya de la Torre. Callao. Perú.
- 12.- Botero, P. (2009). Perfil epidemiológico de oclusión dental en niños que consultan a la Universidad Cooperativa de Colombia. Rev CES Odont. Colombia.
- 13.- Sano, S. (2014). Ortodoncia en dentición decidua. Diagnóstico, plan de tratamiento y control. 1º ed. Sao Paulo: Brasil.
- 14.- Muñoz, M. (2008). Comportamiento de las maloclusiones dentarias en niños de 5 - 11 años. [Tesis para optar al Grado de Bachiller]. Perú.
- 15.- Morgado, L. (2010). Características de la oclusión normal fisiológica de la dentición decidua en niños peruanos de tres a cinco años y medio de edad de Lima Metropolitana. [Tesis para optar al Grado de Bachiller]. Lima: UPCH.