



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

**TRABAJO DE GRADO PREVIO A LA OBTENCIÓN DEL TÍTULO DE
ODONTÓLOGO/A**

TEMA:

Placa sagital como tratamiento de paciente con pérdida de espacio en la zona
molar superior. Caso clínico

AUTORA:

Saira Leidi Cuenca Narváez

TUTOR:

Dr. José Lizardo Apolo Pineda MSc.

Guayaquil, Mayo 2016



APROBACIÓN DE LA TUTORÍA

Por la presente certifico que he revisado y aprobado el trabajo de titulación cuyo tema es: **PLACA SAGITAL COMO TRATAMIENTO DE PACIENTE CON PÉRDIDA DE ESPACIO EN LA ZONA MOLAR SUPERIOR**, PRESENTADO POR LA SRTA. **SAIRA LEIDI CUENCA NARVÁEZ**, del cual he sido su tutor, para su evaluación y sustentación, como requisito previo para la obtención del título de Odontóloga.

Guayaquil, Mayo del 2016

.....

DR. JOSÉ APOLO PINEDA MSC

CC: 0903431200



CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN

Los abajo firmantes certifican que el trabajo de Grado previo a la obtención del Título de Odontólogo /a, es original y cumple con las exigencias académicas de la Facultad de Odontología, por consiguiente se aprueba.

.....
DR. MARIO ORTIZ SAN MARTÍN, ESP.

DECANO

.....
DR. MIGUEL ÁLVAREZ AVILÉS, MG.

SUBDECANO

.....
DR. PATRICIO PROAÑO YELA, MG

GESTOR DE TITULACIÓN

CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR

Dr.

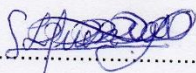
San Martín, Mario Ortiz Msc.

DECANO DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

Presente:

A través de este medio indico a UD. Que procedo a realizar la entrega de la Cesión de Derechos de autor en forma libre y voluntaria del trabajo **PLACA SAGITAL COMO TRATAMIENTO DE PACIENTE CON PÉRDIDA DE ESPACIO EN LA ZONA MOLAR SUPERIOR** realizado como requisito previo para la obtención del título de odontóloga, a la Universidad de Guayaquil.

Guayaquil, Mayo del 2016



SAIRA LEIDI CUENCA NARVÁEZ

CC: 092800073-6

DEDICATORIA

A Dios por guiarme siempre y darme la sabiduría necesaria para culminar mis estudios.

A mis padres sus consejos, apoyo incondicional, y a todos esos valores inculcados día a día.

A mis hermanos, que a pesar de tener diferencias en pensamientos, siempre han sido mi apoyo.

A todos las personas que considero mis amigos, que de una u otra manera me han estado siempre en buenos y malos momentos.

A los docentes, que supieron transmitir sus conocimientos para mi formación académica.

AGRADECIMIENTO

A Dios por su amor incondicional y bendición en cada momento de mi vida.

A mis padres, Pastora Narváez Cuenca y Víctor Cuenca Tinitana, muestra de ejemplo y sacrificio para mi vida. Que con su amor me han sabido dar las fuerzas suficientes para nunca rendirme y a mis hermanos por su cariño incondicional.

A mis compañeros de estudio, que durante estos 5 años han estado conmigo compartiendo experiencias les deseo éxitos en sus vidas como futuros profesionales.

A los docentes que me enseñaron a formarme como persona y profesional y además a la institución en la cual me eduqué Facultad Piloto de Odontología que me acogió como mi segundo hogar durante estos años de la carrera.

DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN

Yo, **SAIRA LEIDI CUENCA NARVÁEZ**, con cédula de identidad N° **092800073-6**, declaro ante el Consejo Directivo de la Facultad de Odontología de la Universidad de Guayaquil, que el trabajo realizado es de mi autoría y no contiene material que haya sido tomado de otros autores sin que este se encuentre referenciado.

Guayaquil, Mayo del 2016



SAIRA LEIDI CUENCA NARVÁEZ

CC: 092800073-6

ÍNDICE GENERAL

CONTENIDO

APROBACIÓN DE LA TUTORÍA	¡Error! Marcador no definido.
CERTIFICACIÓN DE APROBACIÓN	iii
DECLARACIÓN DE AUTORÍA DE LA INVESTIGACIÓN	¡Error! Marcador no definido.
DEDICATORIA	v
AGRADECIMIENTO	vi
CESIÓN DE DERECHOS DE AUTOR	¡Error! Marcador no definido.
ÍNDICE GENERAL	viii
ÍNDICE DE FIGURAS	ix
ÍNDICES DE FOTOS.....	ix
RESUMEN	xi
ABSTRACT.....	xii
1. INTRODUCCIÓN	1
2. OBJETIVO.....	16
3. DESARROLLO DEL CASO.....	17
3.1 HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE	19
3.1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE.....	19
3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA	20
3.1.3 ANAMNESIS.....	21
3.2 ODONTOGRAMA	23
3.3 IMÁGENES DE RX, MODELOS DE ESTUDIO, FOTOS INTRAORALES, EXTRAORALES	24
3.4 DIAGNÓSTICO.....	32
4. PRONÓSTICO	33
5. PLANES DE TRATAMIENTO	34
5.1 TRATAMIENTO.....	37
6. DISCUSIÓN.....	54
7. CONCLUSIONES	55
8. RECOMENDACIONES (OPCIONAL)	56
9. BIBLIOGRAFÍA.....	57
10. ANEXO.....	60

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura # 1 Crecimiento del Ser Humano	2
Figura # 2 Crecimiento Cráneo facial	3
Figura # 3 Hueso Maxilar Superior	5
Figura # 4 Primer Molar Superior	9
Figura # 5 Espacio Disponible para la erupción de piezas permanentes	10
Figura # 6 Perdida Prematura de piezas dentarias	12
Figura # 7 Aparatología fija	13

ÍNDICES DE FOTOS

Foto # 1 Vista Frontal	24
Foto # 2 Vista lateral derecha	25
Foto # 3 Vista lateral izquierda	25
Foto # 4 Arcada superior	26
Foto # 5 Arcada Inferior	26
Foto # 6 Arcadas en oclusión	27
Foto # 7 Arcadas en oclusión del lado derecho	27
Foto # 8 Arcadas en oclusión del lado izquierdo	28
Foto # 9 Vista Frontal	29
Foto # 10 Vista Lateral Izquierdo	29
Foto # 11 Vista lateral derecha	30
Foto # 12 Vista posterior	30
Foto # 13 Radiografía Panorámica	31
Foto # 14 Modelos de estudio	38
Foto # 15 Análisis Radiográfico	39
Foto # 16 Análisis Radiográfico	39
Foto # 17 Medida de los 4 incisivos inferiores	40
Foto # 18 Espacio Disponible maxilar inferior de una hemiarcada	40
Foto # 19 Espacio Disponible maxilar superior de una hemiarcada	41
Foto # 20 Material utilizado	43

Foto # 21 Confección de Gancho Adams.....	44
Foto # 22 Confección de todos los elementos	44
Foto # 23 Colocación de aislante al modelo de trabajo	45
Foto # 24 Adaptación de los alambres al modelo de trabajo	45
Foto # 25 Acrílico rápido en polvo	46
Foto # 26 Mezcla del acrílico rápido en polvo y líquido	46
Foto # 27 Colocación del acrílico en el modelo de trabajo	47
Foto # 28 Eliminación de rebabas	47
Foto # 29 Abrillantamiento de la placa	48
Foto # 30 Adaptación de la placa sagital.....	48
Foto # 31 Modelos de estudio al iniciar el tratamiento.....	49
Foto # 32 Arcada superior al iniciar el tratamiento	49
Foto # 33 Cantidad de espacio recuperado.....	50
Foto # 34 Primer control al mes	50
Foto # 35 Cantidad de espacio recuperado.....	51
Foto # 36 Segundo control a los dos meses	51
Foto # 37 Radiografía Panorámica inicial.....	52
Foto # 38 Radiografía Panorámica a los dos meses de la distalización	52
Foto # 39 Oclusión lateral derecha al iniciar el tratamiento	53
Foto # 40 Oclusión lateral derecha a los dos meses de la distalización	53

RESUMEN

La distalización del primer molar permanente superior que se encuentra mesializado, es una de las opciones de método que se utiliza con mucha frecuencia en la actualidad. Existen distintos tipos de métodos que se emplean para lograr la distalización molar, cada uno de ellos ha evolucionado notablemente siendo muy eficaces en cada caso. El cual se rige tomando en cuenta la edad del individuo, de cada una de sus características físicas y dentarias y de la situación que se encuentre en el momento en que acude a la consulta en busca de un tratamiento. El propósito de este trabajo realizado fue la evaluación de la cantidad de espacio recuperado con ayuda de la placa sagital. Esta aparatología fue utilizada en un paciente de 9 años de edad, con pérdida de espacio severa en la zona molar superior causada por la pérdida prematura de las piezas temporarias 54, 55 y con un tipo facial favorable. Se trabajó en conjunto con la cátedra de Odontopediatría realizando la rehabilitación en cuanto a caries y extracciones indicadas, posterior a esto se confeccionó un modelo de estudio, se le realizaron fotografías, radiografías panorámicas y periapicales, antes y durante el tratamiento, para analizar el progreso con el uso de la aparatología. El aparato se mantuvo en boca logrando obtener una armonía e la relación molar. Por último, se obtiene la distalización del primer molar superior del lado izquierdo de 4 mm en dos meses de tratamiento.

Palabras clave: primer molar superior, distalización, pérdida de espacio, placa sagital

ABSTRACT

The distalization of the first permanent upper molar that is found mesializing is an alternative treatment that is often used. Different types of methods of distalizing the molar exist, each one of them having significantly progressed in their efficiency for each case. Which type of method used depends on the age of the patient; their physical characteristics, teeth and the situation the patient need an appointment. The intention of this investigation is to evaluate the recovery space with the help of Sagittal X-rays. This apparatus was used on a 9 year old patient, with severely lost space in upper molar region caused by the premature loss of 54, 55 pieces and with a favorable facial. He collaborated with the chair of Pediatric Dentistry to perform the rehabilitation of indicated cavities and removed teeth. Together, they analyzed panoramic and periapical radiographs, before and after the treatment, in order to understand the teeth progress with the use of the apparatus. The apparatus maintained the molar in the best possible position within the mouth. Finally, a 4mm distalization of the first upper molar upper was able to take place.

Key words: First upper molar, distalization, space loss, Sagittal Xray

1. INTRODUCCIÓN

La Odontología es el estudio de los dientes y se encarga del tratamiento de los diferentes tipos de problemas relacionados a ellos; la evolución de estos ha cambiado en cuanto a los procedimientos y técnicas, pero establecer una la prevención ocupa un lugar predominante en la actualidad. La Odontopediatría se considera una especialidad la cual está en estrecha relación con la Ortodoncia que tiene como finalidad de preocuparse del cuidado y control de los dientes la misma que debe empezar en edades tempranas. (Bravo Lugo & Perea Hernandez, 2013)

Lizard define a la Ortodoncia con estas palabras la ortodoncia mejor dicho la ortopedia dentomaxilofacial es aquella parte de la estomatología que tiene por objeto la prevención, además de la corrección durante el curso del tratamiento de las malposiciones dentarias y de las deformidades maxilofaciales. Aclaremos que si bien es cierto que la acción fundamental de esta especialidad tiene una aplicación en la etapa del desarrollo y también en la etapa del crecimiento de cada individuo también puede ofrecer beneficios cuando el crecimiento ha terminado logrando así resultados satisfactorios en adultos. Muchas definiciones propuestas por distintos autores no mencionan la palabra oclusión aunque es muy frecuente definir a la ortodoncia como una ciencia encargada de la corrección de las diversas maloclusiones dentarias existentes en la cavidad bucal según Angle. (Mayoral & Mayoral , 1971)

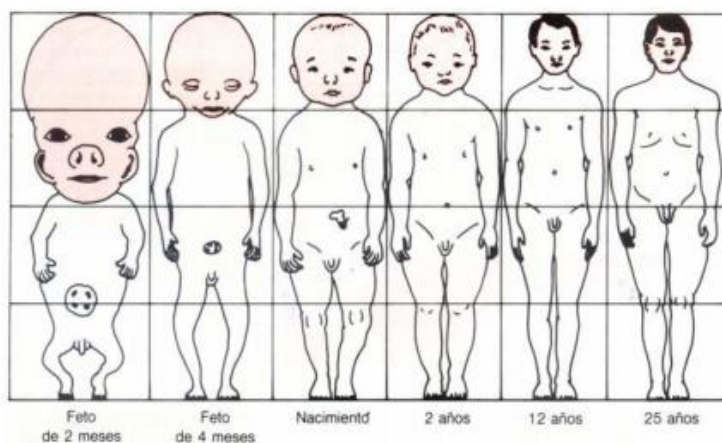
Para poder comprender como se da todo este proceso en un individuo es necesario tener el conocimiento de la secuencia de cambios que se experimentan comenzando en la fecundación celular inclusive llegando a la madurez, permitiendo diferenciar etapas del desarrollo y crecimiento que componen parten de la vida de un individuo. Según Meredith por su parte lo define al crecimiento físico como la secuencia de modificaciones somáticas que sufre un organismo biológico durante su vida ontogénica. (Mayoral & Mayoral , 1971)

Esto nos lleva a recordar que cada individuo tiene un desarrollo ontogénico con sus características propias y un filogénico. (Mayoral & Mayoral , 1971)

Un aspecto importante de reconocer en un individuo es su crecimiento y este puede verse afectado, por eso es necesario evaluar los diferentes tipos de crecimientos que pueden presentarse desde el nacimiento hasta que éste llegue a una etapa adulta, ya que de alguna manera afectan el desarrollo a nivel dentario. Estudios han evidenciado que el tamaño de las piezas dentarias está determinado genéticamente, aunque también existe la posibilidad que este se vea afectado por otro tipo de factores extrínsecos; como los factores ambientales generalmente. (Moyers, 1996).

El crecimiento es el efecto de una suma de procesos de naturaleza biológica donde de distintas maneras la masa viva generalmente aumenta su tamaño. El crecimiento físico se refiere al estudio del crecimiento corporal y orgánico e incluye el análisis de problemas como la morfogénesis, altura y peso, velocidades de crecimiento, crecimiento retardado, trastornos metabólicos en el crecimiento, aptitud física del desarrollo, pubescencia y morfométrica. (Moyers, 1996).

Figura # 1 Crecimiento del Ser Humano

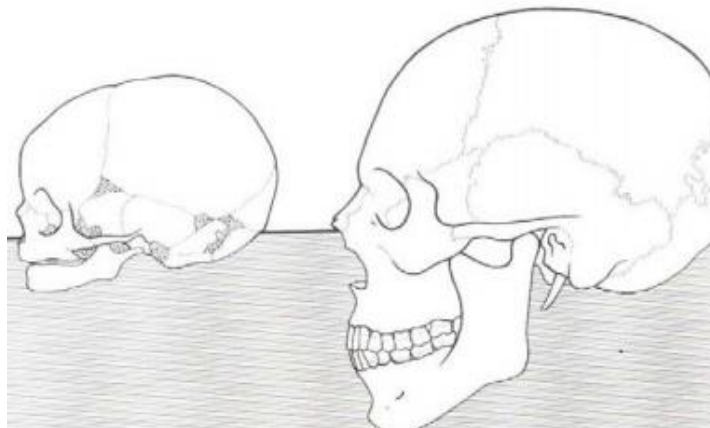


Fuente: (Otaño, Otaño, & Fernández, s.f.)

Durante el proceso de desarrollo dental existe una diversidad de cambios tanto en las estructuras orales así como en las craneofaciales, hasta el punto en que se llega a tener como resultado un tipo de oclusión ideal y beneficiosa en el individuo. (Moyers, 1996).

La oclusión se desarrolla en los tres tipos de denticiones por las que pasa un individuo, comenzando desde la dentición temporal, dentición mixta y llegando finalmente a la dentición permanente, cada una de estas etapas va a tener cambios que se dan de manera ordenada y controlada en el tiempo dando al final una oclusión ideal en no sólo un aspecto sino en algunos; como lo es a nivel funcional, estético. Sin embargo existen inconvenientes en dichos cambios que en lugar de efectuarse con normalidad se ven alterados trayendo como consecuencias posibles afecciones en el estado final a la oclusión en la dentición permanente. (Moyers, 1996).

Figura # 2 Crecimiento Cráneo facial



Fuente: (Otaño, Otaño, & Fernández, s.f.)

Los conceptos de oclusión deben indicar no sólo la relación de los dientes y la morfología del esqueleto craneofacial sino también las actividades neuromusculares de la región maxilar y facial. (Moyers, 1996).

El patrón que rige el crecimiento implica un crecimiento hacia afuera desde abajo del cráneo, lo cual significa que el maxilar debe recorrer en su crecimiento una distancia muy considerable hacia abajo y hacia afuera en relación con el cráneo y su base. (Proffit, Fields, & Sarver, 2014)

Esto se lleva a cabo de dos maneras; una por un empuje posterior creado por el desarrollo desde la base del cráneo y segundo por el desarrollo en cada sutura. La razón por la que el maxilar está unido al extremo final anterior en la base del cráneo, el alargamiento de la misma y su empuje hacia adelante. (Proffit, Fields, & Sarver, 2014)

Hasta los seis años de edad el desplazamiento que presenta el crecimiento de la base del cráneo es una parte importante del crecimiento del maxilar hacia adelante. Aproximadamente a los siete años de edad, el crecimiento de la base del cráneo se paraliza, y se lleva a cabo el crecimiento de las suturas que es el único mecanismo que lleva al maxilar hacia adelante. (Proffit, Fields, & Sarver, 2014)

Es importante tener en cuenta que las piezas dentarias se desplazan por medio del hueso, produciendo tejido esquelético en la parte donde se genera tensión y mudando el mismo en la parte donde se ejerce la presión, como resultado en respuesta a cargas terapéuticas y funcionales, proceso llamado remodelación ósea. Esta tipo de remodelación ósea va a estar regida de múltiples factores los cuales son la densidad y la firmeza de cada maxilar, además de los años del paciente, entre otros y en algunos casos, se va a ver comprometida por diversos defectos como; los defectos óseos, corticales alveolares que se encuentren fusionadas, la presencia de dientes con anquilosis, que estén impactados, entre otros. También puede haber la presencia de una fase un período de resorción ósea, que está definido por células destructoras, especialmente células llamadas osteoclastos, que están relacionadas con el aumento en el índice de la movilidad dentaria. (Martínez,Tomich,Ucero,Spina, 2013)

Dentro de este contexto es muy importante mencionar de una manera educativa, el hueso alveolar va a poseer distintas envolturas, una de ellas es la cortical de hueso que está muy compactada y la otra de hueso blando o también llamado esponjoso y /o trabecular que tiene una consistencia más frágil a la de la remodelación, y es entonces, en esta última parte e hueso de la médula es en la parte donde se va a generar el mayor movimiento ortodóncico. (Proffit, Fields, & Sarver, 2014)

Cuando se tiene conocimiento en la parte de la anatomía y fisiología del hueso alveolar, se van a establecer diferentes maneras de crear formas para modificar o alterar las diversas fases que favorecerán al debido tratamiento en el área de la ortodoncia. En este aspecto muchas de las encuestas realizadas se han dirigido en cierta manera a desafiar en cierta manera con la remodelación del tejido óseo, como lo menciona en estudios Kole, el cual efectuó distintas operaciones a nivel quirúrgicas en la parte del proceso alveolar y de esta manera corregir las distintas deformidades oclusales. (Martínez,Tomich,Ucero,Spina, 2013)

En el país de Venezuela, el autor Guerrero conjuntamente con Bell establece como práctica la capacidad de poseer diferentes tipos de virtudes y de esta manera aplicar cirugías en las estructuras de la cortical del hueso alveolar con el único propósito de incrementar con rapidez un tratamiento ortodóncico y aumentar el abanico de los diferentes movimientos dentarios que se pueden presentar. (Martínez,Tomich,Ucero,Spina, 2013)

Figura # 3 Hueso Maxilar Superior



Fuente:(Naveda, 2008)

En cada paciente es recomendable observar los diferentes cambios que se producen a lo largo de su vida sobre todo a nivel dental porque así se evita complicaciones futuras, ya que las más comunes en presentarse son problemas en la oclusión del paciente que a medida que pasa el tiempo aumenta su incidencia repercutiendo en la calidad de vida de la población.

En la actualidad a lo que nombramos como oclusión perfecta que fue explicada por Hunter en la época del siglo XVIII. La oclusión “natural” por su parte se refiere siempre a la manera de efectuar una evaluación y a su vez de terapia en el ámbito de la ortodoncia, sin embargo con el pasar de los años este tema ha traído controversias con el de la oclusión “ideal”, que fue considerada por Guilford como una manera de maloclusión. Este tipo de oclusión ideal presenta una serie de dificultades para ser identificada en la población en la actualidad, y por esa razón Proffit y Ackerman (1985) sugieren el uso del “término ideal imaginario”. (Talley Millán, Katagiri Katagiri, & Pérez Tejada, 2007)

Mientras estén presentes las piezas temporarias deben ser cuidadas, protegidas y mantenidas en un estado saludable en la cavidad bucal para preservar una oclusión futura, los molares primarios además de tener un papel fundamental en la masticación son considerados una parte fundamental en el desarrollo normal de la dentición permanente ya que actúan como mantenedores de espacio naturales y una orientación para la correcta aparición de los primeros molares permanentes así como su ubicación en la cavidad oral. (Bordoni, 2010)

Por todas las razones mencionadas con anterioridad en este trabajo podemos afirmar que el mantener en boca el mayor tiempo posible a las piezas temporarias permitirá una salud bucal óptima en el futuro.

En las estadísticas tenemos que en Brasil, se valoró un 18% de la pérdida precoz de los dientes temporarios, tuvo un alto índice en varones (26%) mientras que en mujeres (11,29%). (Huamán Ricce, 2014)

Mientras que los resultados en el país de Rumania, en un total de paciente atendidos que fue de 274 pacientes (151 niñas y 123 niños) el 41,6% presentaron una exfoliación temprana de las piezas dentarias temporarias, siendo así mismo más elevado en los hombres que en las mujeres (22,3% frente a 19,3%), la edad oscila entre los 7-8 años obteniendo un porcentaje de 65.1% de pérdida prematura a temprana edades. (Huamán Ricce, 2014)

De acuerdo a los estudios podemos saber que el factor primordial para la pérdida de piezas dentarias es la caries por ello es necesario concientizar a los padres sobre la importancia de preservar los dientes temporales el mayor tiempo posible en boca hasta que por sí solos realice el proceso fisiológico de exfoliación, todo esto será posible mediante buenos hábitos higiénicos, una dieta equilibrada protegiendo así en gran proporción de la presencia de caries. (Bordoni, 2010)

En estudios desarrollados se corroboró que la primera evidencia clínica de la caries dental en edades tempranas es la mancha blanca, localizada en el tercio cervical de los incisivos centrales superiores primarios, tan pronto aparecen en la boca. (Bordoni, 2010)

Además de la caries existen otras causas de pérdida prematura de piezas dentarias como es la gingivitis, periodontitis traumatismos dentarios, la dentinogénesis imperfecta, amelogénesis imperfecta, etc. En otros casos hay personas que poseen ciertos tipos de factores que predisponen al paciente para presentar caries como las personas con síndrome de Down o con el síndrome de Papillon Lefevre. (De Sousa, 2013)

Una estructura de la pieza dentaria es su corona y en el caso del primer molar permanente ya sea del maxilar superior o inferior esta es muy irregular y prominente con hendiduras y depresiones muy profundas, sus vértices de forma puntiaguda presentan tres paredes en la zona lateral. Su estructura anatómica bien definida nos permite entender porque se presentan con facilidad la caries y como tienen la capacidad de propagarse con facilidad. (Bordoni, 2010)

Un problema es la presencia de fosas y fisuras puesto que es un lugar por el que tienen predilección un sin número de bacterias, y muchas veces ni el cepillado dental es apropiado. Por estas razones los primeros molares permanentes son los responsables de poseer caries. (Bordoni, 2010)

Los componentes que están relacionados con una reducción en el tamaño del arco dentario está vinculado directamente por las extracciones en edades tempranas de los individuos, además de caries en dientes de la dentición temporarias, obturaciones que van a presentar rebordes en la parte proximal, se puede presentar también un tipo de erupción ectópica, piezas dentarias retenidas o impactadas, aparición tardía de las piezas permanentes, el diseño en cuanto a la forma de los dientes es diferente a la normal, la curva de Spee se va a encontrar muy acentuada, la presencia de hábitos es frecuente como es el hábito de succión digital, el estado de la musculatura bucal puede verse alterada en un paciente. (Ricardo Reyes, 2009)

Es importante establecer la importancia que merece el primer molar permanente necesario en el crecimiento y desarrollo para obtener una oclusión fisiológica y normal. Erupcionan generalmente primeras en la cavidad bucal, encontrándose con las piezas temporarias en un infante, convirtiendo esta dentición en dentición mixta. (De Sousa, 2013)

Estas piezas dentarias tienen una prevalencia de erupción a los seis años de edad en un individuo, recibiendo el nombre de “molar de los seis años” y es por ellos que muchas de las madres del infante no tienen ni el conocimiento ni se percatan de la aparición de ellos en la boca, pero esto no es beneficioso puesto que al perderlos a temprana edad hace pensar que se trata de un diente más de la dentición temporaria o decidua. (De Sousa, 2013)

No se dan cuenta que estas piezas al estar en la boca cumplen un rol muy importante dentro del proceso de la masticación en los pacientes, cuando ocurre el proceso de cambio de una dentición a otra, la dentición temporaria va perdiendo su función básica que es la función masticatoria a su vez su uso está dirigido primordialmente sobre el primer molar permanente. (Camacho Regalado, 2012)

Figura # 4 Primer Molar Superior



Fuente: (Aguilar & Hernandez, 2010)

Al momento de que el individuo presenta el primer molar permanente es una señal que el proceso de la dentición permanente ha empezado, es decir, los dientes permanentes dentro de la boca de un individuo, quienes empiezan su calcificación pasando en los primeros meses de vida. Estas piezas son de vital importancia debido a que su función en la cavidad bucal es la determinación del patrón de masticación. (Bordoni, 2010)

Cada una de las estructuras que conforman esta pieza dentaria como lo es su anatomía oclusal, la composición histológica, la presencia de sus surcos favorecerán de alguna manera el comienzo de la patología más común; la caries dental y que se desarrolle, con el daño a futuro. Se piensa que esto se debe está determinado por la aparición y agrupación del biofilms. (Bordoni, 2010)

Para determinar un diagnóstico y un futuro tratamiento de ortodoncia en un paciente que tenga dentición mixta, se realiza previamente un análisis; el más utilizado es el análisis de Moyers, cuya finalidad es determinar la cantidad de espacio disponible que tenemos para la erupción de las piezas permanentes, frente al espacio requerido por dichas piezas dentarias.

Además este análisis permite tomar decisiones acerca de un tratamiento específico de acuerdo a los resultados obtenidos; como es la extracción seriada en el caso que puede existir apiñamiento dentario, el mantenimiento o recuperación de espacios dependiendo del caso.

Figura # 5 Espacio Disponible para la erupción de piezas permanentes.



Fuente: (Portillo, 2014)

Nuestro conocimiento es un aspecto que nos va a permite evaluar si un paciente tiene la cantidad de espacio suficiente en las arcadas para la erupción de las piezas dentarias, pudiendo evaluar el espacio tanto disponible como el requerido en la cavidad bucal. (Velásquez, 2011)

El espacio disponible se define como el espacio que poseemos para la erupción de los caninos y el primero y segundo premolar permanente. Por otro lado, espacio requerido es el que se necesita para que se dé una erupción normal de las mismas piezas (Velásquez, 2011)

Para realizar este tipo de análisis se va a utilizar una tabla de predicciones de acuerdo al ancho mesio-distal de los cuatro incisivos inferiores permanentes. Es el análisis más utilizado debido a que posee un mínimo de error en sus resultados, el sistema utilizado en este método es fácil de realizar por ello no necesariamente lo efectúa una persona experta, proporciona ahorro de tiempo mientras realizamos este trabajo, no necesita poseer ningún tipo de radiografías previas a este análisis, se lo puede utilizar en ambos arcos haciéndolo directamente en la boca del paciente o mediante los modelos de estudios obtenidos previamente. (Velásquez, 2011)

Nos ayuda a calcular la cantidad de separación o apiñamiento que existiera para el paciente si todos los dientes primarios fueran reemplazados por sus sucesores el mismo día que se hace el análisis, no 2 o 3 años más tardes. No predice la cantidad de disminución natural en el perímetro que puede ocurrir durante el periodo transicional, sin la pérdida de dientes. Los incisivos inferiores han sido elegidos para la medición, porque han erupcionados en la boca en el comienzo de la dentición mixta, se miden fácilmente con exactitud están directamente en el centro de la mayoría de los problemas de manejo del espacio. (Velásquez, 2011)

Los incisivos superiores no se usan en ninguno de los procedimientos predictivos ya que muestran mucha variabilidad en su tamaño, y sus correcciones con otro grupo de dientes son muy bajas como para tener valor predictivo. Por lo tanto, los incisivos inferiores son los que se miden para predecir el tamaño de los dientes posteriores superiores e inferiores. (Moyers, 1996).

A pesar de poseer algunas ventajas como ya expuse este método fue diseñado para una población de etnia caucásica, es decir, otro tipo de grupo étnico que por sus características dentoalveolares, podría decirse que esto ha generado ciertas dudas acerca de su efectividad. (Moyers, 1996).

El resultado de una pérdida prematura de las piezas temporarias, generalmente son los molares, que ocasiona la falta de espacio que dará como consecuencia la migración mesial de los molares permanentes debido produciendo con frecuencia maloclusiones tales como; apiñamientos, ectopias, etc. (Moyers, 1996).

Si la situación fuera que hay una pérdida prematura en el molar temporario en una época retrasada va a ayudar a acelerar la presencia de erupción de la pieza permanente y no se necesitará por ningún método mantener el espacio.

Por ello ante cualquier extracción que realicemos en un paciente es necesario evaluar el nivel de crecimiento de la raíz y del tejido óseo alveolar que protege al diente que o ha brotado, esto se lo puede realizar mediante una ayuda diagnóstica que son las radiografías panorámicas y las radiografías periapicales.

Se recomienda previo a efectuar la extracción de las piezas temporarias causada por diversos factores, tener un análisis muy determinante del arco ya sea maxilar o mandibular y de esta manera saber cuál es la prioridad de la utilización de una aparatología posterior a dichas extracciones, es por ello que las interconsultas con la cátedra de ortodoncia permitirán tener un criterio más concreto acerca de dichas extracciones. (Chumi Terán R., 2015)

Figura # 6 Perdida Prematura de piezas dentarias



Fuente: (Ortiz, Godoy , & Farias , 2009)

Las diferentes maneras de ofrecer un tratamiento van a depender de muchos aspectos que tiene el paciente a momento que acude a nuestra consulta. Lo que define como la ortopedia funcional de cada uno de los maxilares se comenzó a estudiar dentro de la ciencia de la ortodoncia desde el año de 1936 por Andreson y Haulp, se tomó como una opción distinta a las comunes para dar un tratamiento más eficaz a los pacientes, reconocida ya que, esta forma de tratamiento tuvo varios opositores que no estaban de acuerdo con su utilización. Tuvo su lugar de presentación y utilización en Europa y posteriormente fue utilizada en América por diversos docentes tales como: el profesor Egil Harvold, Rolf Frankel, Hans Bimler. (Chumi Terán R., 2015)

La parte de mejorar el desarrollo dentoalveolar de su esqueleto y de la musculatura se ve reflejada en la utilización de ortodoncia en edades iniciales, esto debe darse siempre antes que se termine de completar la correcta erupción de las piezas dentarias permanentes(Santiesteban Ponciano & Alvarado Torres , 2015)

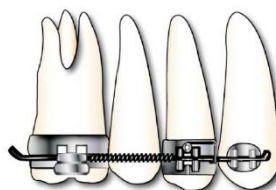
Lo que se efectúa en edades iniciales o tempranas permiten establecer una clasificación de ortodoncia preventiva la cual va a ser una ayuda y evita que se presente algún tipo de interferencias en el desarrollo de la parte oclusal; la ortodoncia interceptiva, será quien del tratamiento final en un paciente que lo requiere. (Santiesteban Ponciano & Alvarado Torres , 2015)

La ortodoncia interceptiva es la que se utilizará cuando el paciente presenta dentición mixta. Podemos realizar un ligero movimiento dentario y es de vital importancia la utilización de fuerzas de tipo mecánico con capacidad para activar el hueso y las células relacionadas, los cambios inflamatorios en el tejido periodontal en su lado que ofrece la tensión así como en el lado de presión el cual depende de una variable que es la magnitud y el tiempo de esta fuerza que se está aplicando iniciando de esta manera un proceso de reabsorción ósea y aposición que permitirán el cambio de postura de las piezas dentarias en la arcadas dentarias. (Mérida, 2011)

Existen diferentes tipos de tratamientos para dar una correcta solución a este tipo de problema frecuente en los pacientes que tienen a temprana edad la pérdida prematura de las piezas dentarias; uno de los tratamientos es la utilización de aparatología fija como lo es la utilización de ortodoncia fija utilizando los brackets que van a permitir la recuperación de dicho espacio.

También otra opción a escoger y tomar en cuenta es la utilización de microimplantes, la selección del tratamiento también dependerá de la situación económica que presente el paciente debido a que estas dos opciones son costosas poderlas llevar a cabo, además en estas opciones de tratamiento se va a evidenciar claramente la dificultad de realizar la higiene oral debido a que esta aparatología es fija.

Figura # 7 Aparatología fija



Fuente: (Ciro , y otros, Distalización de Molares Maxilares, 2011)

En cuanto se refiere a ortodoncia removible podemos encontrar diferentes opciones entre las cuales tenemos la placa de distalización Cetlin. La placa previo a su posicionamiento en la boca, deberá ser distanciada de alguna manera de los primeros molares permanentes y de esta manera se evita que los espirales que están en la parte mesial estén en una proximidad del cuello de dichas piezas, se puede apretar de 1 mm o 2 mm al mes a cada lado en cada visita. (González Fernández & Fernández, 2003)

El tipo de placa duydings es uno de sus pasos para este tratamiento y ofrece una superficie lisa y libre de interferencias para la retrusión o retroinclinación de los incisivos. (Echarri Lobiondo & Pedernera, 2012)

El método de tratamiento que se plantea en este análisis de caso es la utilización de la placa sagital debido a que ofrece muchas ventajas tanto para el paciente, para quien costea el tratamiento y sobre todo para el odontólogo ya que éste utiliza un tipo de aparatología que utiliza un sistema adecuado, de bajo costo pues su confección es con materiales de fácil acceso y elaboración. (Echarri Lobiondo & Pedernera, 2012)

Se conocerá la función de la placa sagital, como elemento de tratamiento utilizado en la ortodoncia interceptiva cuando el paciente presenta pérdida de espacio en la zona molar superior.

El dispositivo utilizado es un tornillo, el cual debe estar posicionado de tal forma que el eje de este se paralelice en una dirección de empuje hacia el plano oclusal, así como el corte del acrílico con el que fue elaborada la placa esté en una ubicación paralela a lo que se efectúa el movimiento. (Santiesteban Ponciano & Alvarado Torres, 2015)

Es necesario saber que así como tiene ventajas la utilización de la ortodoncia removible también tiene desventajas; al ser retiradas de la boca con facilidad dependerá del paciente exclusivamente que tome en consideración su tratamiento y la use en el horario dicho por el odontólogo.

Por el tiempo de uso durante el día demorará el tratamiento aproximadamente de 4-5 años, debido a que su acción no es continua como en los tratamientos fijos. Posee movimientos limitados durante el tratamiento.

Otra desventaja de su uso es que se ve alterada la fonación se ve impedida parcial o totalmente que limitan su tiempo de aplicación.

La metodología que vamos a utilizar es cuantitativa ya que se va a mencionar la cantidad de espacio que hemos recuperado con la utilización de la placa sagital.

Esto se va a demostrar con la placa sagital en el paciente de 9 años de edad que presenta dentición mixta, obteniendo como resultado la recuperación de la extensión que está perdido para la adecuada salida de las piezas dentarias permanentes.

El propósito de este trabajo es que permitirá a todos los alumnos de pregrado de la Facultad Piloto de Odontología ser capaces de identificar desde la etiología que conlleva a la mesialización del 6, e incluso diagnosticar a tiempo el problema y así darle el respectivo tratamiento.

2. OBJETIVO

Determinar la acción de la placa sagital en el tratamiento del paciente con pérdida de espacio en la zona molar superior.

3. DESARROLLO DEL CASO

Se emplea una placa sagital que es un tipo de aparatología removible, utilizada en la ortodoncia interceptiva cumpliendo algunas funciones dependiendo de la ubicación en la que se coloca el tornillo, el cual está situado en el espacio comprendido entre la parte distal del canino temporario y también en la parte mesial del primer molar permanente del plano derecho, el cual va a ser distalizado con la finalidad de recuperar el espacio perdido debido a la pérdida prematura de las piezas 54, 55 por presentar caries profunda, las cuales no podían ser rehabilitadas de otra manera que no sea la extracción definitiva.

Sin tomar en cuenta todos los riesgos que iba a traer como consecuencia la falta de un apropiado tratamiento posterior a dichas extracciones poco a poco con el pasar del tiempo el espacio destinado a la erupción normal de las piezas 13, 14, 15 se fue perdiendo por la mesialización de la pieza 16. Haciendo que quede un espacio aproximado de 5mm para la erupción de las piezas permanentes, las cuales en dicho espacio no podrán erupcionar por ello mediante el análisis de Moyers realizado podemos decir que la utilización de esta placa sagital es de suma rapidez.

Este tipo de aparatología se lo coloca en la cavidad bucal y se activa cada 2-3 días, en este caso comenzamos activando $\frac{1}{4}$ de vuelta cada tres días durante una semana, posteriormente para seguir con el tratamiento se comenzó la activación de ese $\frac{1}{4}$ de vuelta cada dos días obteniendo resultados positivos, demostrándonos que con constancia y permanencia en boca este tipo de aparatología nos brinda los mejores resultados. Cada vez que se realiza la activación de la placa el paciente refiere dolor leve en la zona molar, lo que indica que se está realizando la respectiva presión hacia la pieza dentaria, es decir, se está distalizando con normalidad el primer molar permanente superior derecho.

Este tipo de placa se la debe usar aproximadamente durante un tiempo de 10-14 horas diarias, pero en este caso el paciente no tuvo ningún tipo de problema en usar la placa por más tiempo del que normalmente se suele usar y solo se la retiraba de su boca cuando iba a consumir algún tipo de alimentos, es por ello que se pudieron observar los resultados deseados durante los dos meses de tratamiento que el paciente lleva. Para el paciente este tipo de aparatología le brinda muchas facilidades tales como; fácil limpieza de la placa y cuidado de su higiene bucal lo que evita que se pueda presentar problemas.

3.1 HISTORIA CLÍNICA DEL PACIENTE

3.1.1 IDENTIFICACIÓN DEL PACIENTE

Fecha de ingreso: 3/12/2015

Historia Clínica N° 80322

Responsable: Saira Leidi Cuenca Narváez

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Apellidos: Uguña Reyes

Nombres: Nicolás Sam



Edad: 9 años

Raza: Mestizo

Ocupación: Estudiante

Fecha de nacimiento: 06 febrero del 2006

Domicilio: Durán, Cda: Héctor Cobos Uvilla Mz: E, solar: 7, sector: 3

Teléfono: 0939396985

Representante: Jenny Araceli Reyes Lucas

Teléfono: 042989363

No cédula: 1307629525

3.1.2 MOTIVO DE CONSULTA

El paciente llega a la consulta odontológica y solicita ser atendido porque presenta en su cavidad oral un tipo de patología, la cual necesita recibir un tratamiento de acuerdo a todos los signos y síntomas que presenta, por ello el plantea que se le brinde una solución oportuna. Buscando siempre de dar la mejor solución y tomar en cuenta todas las expectativas que el paciente tiene sobre su tratamiento.

Su representante refirió en la primera consulta lo siguiente:

“Le sacaron los dientes a mi hijo y lleva seis meses en tratamiento, pero siento que no le hace ningún efecto, deseo que usted me ayude”.

3.1.3 ANAMNESIS

Es una manera que el odontólogo tiene para realizar una serie de interrogantes al paciente mismo o algún familiar que acuda con él a dicha consulta. En este caso clínico el paciente fue acompañado por su representante.

A partir de las repuestas emitidas, el profesional se verá en la capacidad de lograr recopilar toda la información necesaria y tener la historia que será de gran utilidad en el diagnóstico y decidir el tratamiento más idóneo para el paciente.

La anamnesis también se conforma con los signos que el odontólogo pueda visualizar o detectar al revisar al paciente y de los síntomas que el paciente le refiere.

El representante del paciente indica que el niño goza de buena salud, no es alérgico a la penicilina ni a otro medicamento, no ha sufrido trastornos nerviosos mentales o emocionales, no ha padecido enfermedades como: hemofilia, asma, hepatitis, tuberculosis, diabetes, apoplejía, artritis. No padece ninguna enfermedad, ni presenta antecedentes familiares maternos ni paternos.

Su tipo de cara es mesofacial, vista frontal el tercio superior es 37mm, el tercio medio 37mm y el tercio inferior 36mm, el perfil es recto. Su nariz es mediana y no presenta el tabique desviado, sus labios se encuentran en estado normal, su mentón es mediano. Su lengua presenta un tamaño normal, sin frenillo lingual, la bóveda palatina es normal, no presenta ningún tipo de lesiones bucales, la A.T.M. se encuentra funcionando con normalidad sin ningún tipo de patología, su apertura es de 32 mm y su trayectoria se desarrolla con normalidad.

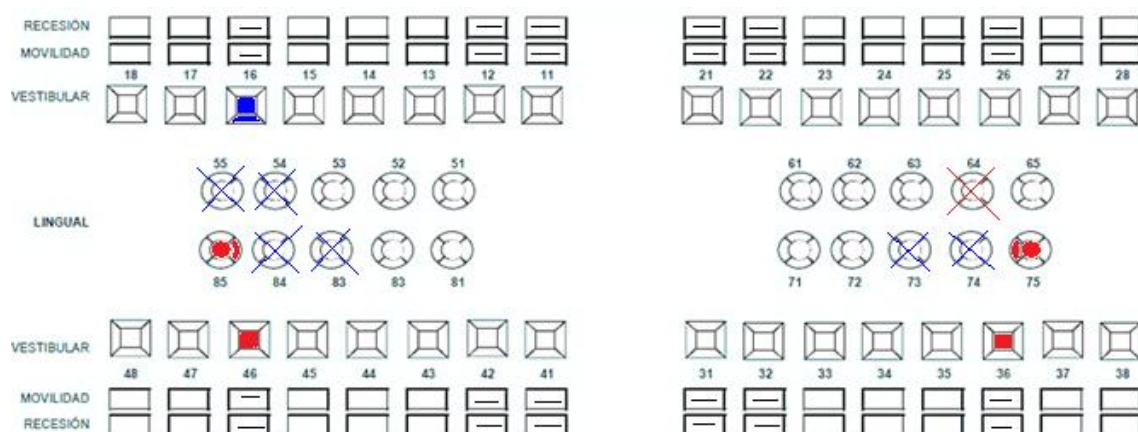
Los distintos músculos tales como: temporal, masetero, pterigoideo interno y externo, digástrico y esternocleidomastoideo se encuentran normales a la palpación realizada.

Presenta respiración nasal, sus adenoides son normales, tienen una deglución normal no presenta tipo de hábito como es la succión digital ni labial, así como tampoco del hábito de deglución atípica ni de onicofagia, además que su pronunciación se realiza con normalidad. Indica además que ha sido atendido anteriormente por un odontólogo donde le extrajeron las piezas por presentar dolor y caries profunda.

Respecto a su sistema dentario presenta dentición mixta, piezas dentarias ausentes: 54, 55, 64, 73, 74, 83,84 debido a caries profundas en dichas piezas que no podían ser rehabilitada con una operatoria. No presenta piezas cariadas ni fracturadas, el esmalte de sus dientes es normal, en cuanto a su higiene bucal es buena porque se cepilla sus dientes tres veces al día, a pesar que no usa hilo dental.

El paciente presenta experiencias desagradables con las consultas odontológicas antes realizadas debido a que no le han podido dar un oportuno tratamiento para su problema dentario. Utilizó una aparatología removible por aproximadamente 6 meses no visualizando ningún tipo de resultado en dicho tiempo.

3.2 ODONTOGRAMA



Códigos



Piezas perdidas por caries 54, 55, 73, 74, 83, 84



Extracción indicada de la pieza 64



Restauración ocluso palatino en la pieza 16



Caries oclusal en la pieza 36,46

3.3 IMÁGENES DE RX, MODELOS DE ESTUDIO, FOTOS INTRAORALES, EXTRAORALES

Foto # 1 Vista Frontal



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

El paciente presenta su biotipo facial es mesiofacial, es simétrico en sentido vertical y horizontal.

Foto # 2 Vista lateral derecha



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

En el perfil derecho presenta un perfil facial convexo.

Foto # 3 Vista lateral izquierda



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

El paciente presenta un perfil facial convexo.

Foto # 4 Arcada superior



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Se observa la pérdida de espacio severo en el lado izquierdo, caries en la pieza 64 y la mucosa se encuentra normal.

Foto # 5 Arcada Inferior



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Presencia de pérdidas prematuras en las piezas 73, 74, 83,84, se observa apiñamiento leve en la zona anterior y la mucosa está normal.

Foto # 6 Arcadas en oclusión



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Presencia de alejamiento de la línea media hacia la parte del lado derecho, además de leve mordida profunda, mientras que la mucosa masticatoria está normal.

Foto # 7 Arcadas en oclusión del lado derecho



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

La mucosa masticatoria está normal, presenta una relación molar clase II, y no hay relación canina.

Foto # 8 Arcadas en oclusión del lado izquierdo



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

La mucosa masticatoria está normal, así como también la relación molar clase I, pero no existe la relación canina.

Foto # 9 Vista Frontal



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Las arcadas en oclusión de frente nos permiten analizar la desviación hacia el lado derecho que presentan las arcadas.

Foto # 10 Vista Lateral Izquierdo



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Las arcadas en oclusión del lado izquierdo presentan una relación molar I.

Foto # 11 Vista lateral derecha



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Las arcadas están en oclusión del lado derecho hay ausencia de la relación canina.

Foto # 12 Vista posterior



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Se encuentran las arcadas en oclusión observándose ligera mordida profunda.

Foto # 13 Radiografía Panorámica



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Toma de una radiografía al iniciar el tratamiento pudiendo observar en ella los diferentes tipos de estadios en los que se encuentran las piezas dentarias permanentes así como el grado de exfoliación de las piezas temporarias y otros aspectos.

3.4 DIAGNÓSTICO

La historia clínica y examen permitirán establecer un diagnóstico y con este definido poder comenzar un plan de tratamiento. Las molestias que el paciente presente pueden ser de diferente índole y relacionarse con dolor en los dientes, dificultad para masticar, pérdida de espacio. Sea cual fuese la molestia, es importante que todos los datos proporcionados por la historia, el examen o las exámenes realizados con anterioridad proporcionen pruebas suficientes para establecer la causa de dicha molestia.

Paciente masculino de 9 años de edad, presenta clase esquelética tipo I, forma del arco superior ovoide, forma del arco inferior cuadrangular, relación molar izquierda clase I, relación molar derecha clase II, debido a la discrepancia existente, causado por la ausencia de las piezas 54,55 lo que generó una pérdida de espacio de 11.2mm del lado derecho del maxilar superior, datos corroborados en el respectivo análisis de Moyers, se visualiza la asimetría ósea, relación canina derecha e izquierda ausente debido a la falta de los caninos permanentes, con un overjet de 3,5mm, es decir, presenta protusión y un overbite de 4mm, es decir, con ligera mordida profunda, paciente dolicofacial con perfil recto.

4. PRONÓSTICO

Paciente presenta una salud general normal, su cavidad oral también presenta una salud bastante aceptable aunque si posee caries, y necesita una extracción, todo esto fue rehabilitado previo a empezar con el tratamiento de ortodoncia puesto que fue tratado en la clínica de Odontopediatría de la Universidad de Guayaquil Facultad Piloto de Odontología.

Comenzó con el tratamiento de Ortodoncia el día 4/Enero del 2016 y ya lleva con dicho tratamiento dos meses en los que se ha podido ver el progreso del mismo, en cada mes se ha obtenido la recuperación de 2 mm aproximadamente, es decir, con esta recuperación aún faltan 7,2 mm de recuperación de espacio en el lado maxilar superior derecho, pero tiene un pronóstico favorable si el paciente sigue con todas las indicaciones del uso de la placa sagital.

5. PLANES DE TRATAMIENTO

Son diversas las alternativas para el tratamiento de este paciente en concreto. Pueden ir desde recuperadores de espacio sin tornillos de expansión, utilización de aparatología fija como es la utilización de brackets o incluso la utilización de microimplantes y la utilización de la placa sagital.

Placa de Benac

Este es un aparato removible el cual no necesita de un tornillo de expansión para la distalización del primer molar permanente, es una de las técnicas más antiguas empleadas. Cuenta con una serie de ganchos de 0,9 mm que tienen una forma de flechas como se con la parte de sus extremos introducidos en los espacios interdentes; estos ganchos sirven para dar anclaje pero al ser activados provocan el distalizamiento dentario. Requiere la cooperación del paciente para obtener los resultados deseados. (Ciro, y otros, 2011)

Péndulo

Los elementos eficientes de un péndulo que son de un tipo estándar fueron nombrados por Hilgers (1992), compuesto de dos estructuras que son los resortes de titanio/molibdeno de una medida de 0,032 que van a incrustarse en toda la sección del dorso del botón de Nance que se adhiere reactivada en las estructuras palatinas de las cintas de los morales en el maxilar. Los dispositivos que generan un arco amplio de F o de balanceo o también llamado movimiento pendular. Esta aparatología tiene presenta cuatro estructuras de apoyos oclusales que van a estar incluidos en el botón, los cuales va íntimamente relacionados tanto los molares de la dentición temporaria, a los primeros y segundos premolares de la dentición permanente. (Ciro, y otros, 2011)

Microimplantes

Este tipo de tratamientos ofrece una comodidad para el paciente debido a que la higiene de la boca es buena a pesar de ser una aparatología fija, van a visualizarse el buen cuidado y control de los tejidos de consistencia blanda y reducción de las enfermedades periodontales en equidad con otros aparatos a nivel intraorales para el anclaje o movimiento dentales como el péndulo o botón de Nance. (Pérez Yáñez, Sigüencia Cruz , & Bravo Calderón , 2014)

En el procedimiento de la distalización de un molar el mini implante debe estar colocado lo más cerca de la estructura del molar; si fuera el caso que nos encontramos con que en una misma arcada los molares van a atener distintas posiciones; es decir un molar se posiciona más hacia la parte mesial y que el otro se colocará el mini implante más cerca del molar que se va anecesitar distalizar .

El porcentaje de este éxito es mini – implantes y tienen un porcentaje del 80% - 100% así también como el fracaso 10% al 30% .Los diversos aspectos del fracaso incluyen el tamaño y el modelo de ello, espesor del hueso cortical, tejidos blandos, lugar de colocación y la inflamación de los tejidos circundantes. (Pérez Yáñez, Sigüencia Cruz , & Bravo Calderón , 2014)

Resortes de Níquel/Titanio.

Gianelly et al. (1991) Utilizó un sistema que permita ese movimiento de distalización que consista de resortes de níquel/titanio superelásticos con 100 gr de fuerza (F) que se van a ubicarlos en pasivos colocados pasivos en un arco rectangular de acero inoxidable 0,016" x 0,022" entre el primer molar y el primer premolar, existe un resorte de aproximadamente 0,018" de enderezamiento en la ranura vertical de los premolares para direccionar la corona hacia distal y elásticos de clase II. (Ciro, y otros, 2011)

Placa sagital

Es un tipo de aparatología removible que va a poseer un tornillo de expansión ubicado en la zona molar superior, el cual se activará un $\frac{1}{4}$ de vuelta cada 2-3 días para distalizar el molar. Está conformada por un asa vestibular, un gancho Adams que se lo ubica en el primer molar del lado opuesto a la distalización y un gancho circunferencial que abraza el molar que va a ser distalizado.

Además ofrece ventajas para su utilización como; facilidad de uso para el paciente, permite una buena higiene debido a que se lo retira de la cavidad bucal para una mejor limpieza, al ser un aparato removible se lo va a utilizar especialmente en las horas de la noche y no tener problemas para un asunto social en el día y causar afectaciones en la parte estética del paciente, entre otras razones.

5.1 TRATAMIENTO

La secuencia del tratamiento dependerá del estadio inicial en que se encuentre el paciente en cuanto a su salud bucodental, de las condiciones económicas que éste presente y así se establecerá la aparatología más adecuada para el caso y no existirá ningún tipo de interrupciones en el transcurso del tratamiento. En este caso se utilizará para la recuperación de espacio la Placa Sagital.

Materiales y métodos

Este trabajo procedió con el tratamiento en un paciente atendido en la clínica de Odontopediatría (Facultad Piloto de Odontología, ubicada en la Avenida Delta), un niño de 9 años de edad que presenta dentición mixta. Los instrumentos que se utilizaron en el examen inicial fueron: los espejos bucales, abreboca, desinfectante, mascarilla, babero.

Lo primero que se realizó en la clínica de Odontopediatría fue la identificación del niño que poseía la pérdida de espacio en la zona molar superior entre todos los tres pacientes que atendí en la clínica de Odontopediatría, se procedió a hacer un examen clínico, un examen radiográfico y posterior a este la obtención de los modelos que son los de estudio, que permite efectuar el respectivo estudio de la dentición mixta de Moyers donde se confirma que el espacio disponible es menor al que se requiere en el lado superior derecho siendo la discrepancia -11,2 mm por lo tanto el tratamiento más indicado a utilizar es la placa sagital.

Este tipo de aparatología está diseñada y confeccionada con alambre #8 el asa vestibular que se expande desde la parte distal del canino derecho a la cara distal del canino izquierdo; ambos temporarios llegando a la cara palatina de los mismos.

Un gancho Adams confeccionado en alambre # 8 y rodea a la pieza# 26, un gancho circunferencial que está abrazando desde la cara vestibular hasta llegar a palatino de la pieza#16 y un tornillo de expansión ubicado cercano al primer molar permanente derecho y el canino temporario derecho.

Foto # 14 Modelos de estudio



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

1. Toma impresión al paciente y obtención de los modelos de estudio y de trabajo que permitirán posteriormente realizar todos los análisis correspondientes para este caso.

Foto # 15 Análisis Radiográfico



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

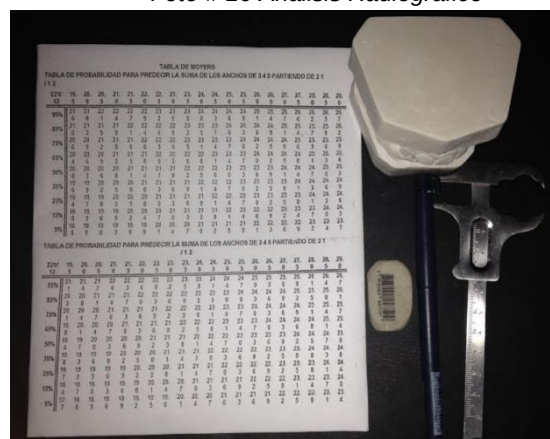
2. Se efectúa el análisis Radiográfico inicial, para posteriormente evidenciar los avances que se logren en el caso.

3. Se realiza el análisis de dentición mixta de Moyers

Materiales a utilizar en el Análisis de Moyers

- Modelos de estudio
- Lápiz portaminas
- Tabla de prevalencia del Análisis de Moyers
- Calibrador
- Borrador

Foto # 16 Análisis Radiográfico



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Foto # 17 Medida de los 4 incisivos inferiores



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Se mide el ancho mesiodistal de las cuatro piezas inferiores; los incisivos inferiores permanentes y se obtiene la suma; en este caso es de 24.5 mm. Posteriormente se busca en la tabla de Moyers al 75% de acuerdo a la arcada trabajada y ese es el espacio requerido por hemiarcada que es 22.5mm.

Foto # 18 Espacio Disponible maxilar inferior de una hemiarcada



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Se obtiene el espacio disponible por hemiarcada, en este caso la hemiarcada izquierda, colocando el calibrador en la cara distal del lateral y el otro extremo hacia la cara mesial del primer molar permanente. El espacio disponible es 14mm

Para obtener la discrepancia de una hemiarcada se resta el espacio disponible con el espacio requerido de la hemiarcada por ejemplo: $14\text{ mm} - 22,8\text{ mm} = -8,8\text{mm}$ este resultado que se obtuvo es la discrepancia entre el espacio disponible con el espacio requerido de la hemiarcada. Luego se procede a sacar la mesialización del 6, que es la pérdida de espacio fisiológico que se presenta por el recambio dentario del segundo molar temporario por el segundo premolar este en el maxilar superior es -0.9, y si es maxilar inferior es -1.7.

Para obtener la discrepancia total se resta la discrepancia con la mesialización del 6.

Foto # 19 Espacio Disponible maxilar superior de una hemiarcada



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Si en la discrepancia existente para la distancia con que se dispone y la que se requiere nos dio de resultado -8,8mm sumamos con la mesialización del 6 es decir $-8,8\text{mm} - 0,9\text{mm} = -9,7\text{mm}$ este es el resultado de la discrepancia total de la hemiarcada del maxilar superior. El mismo procedimiento se realiza en el maxilar inferior en cada hemiarcada.

Cuando tenemos más espacio disponible que espacio requerido la discrepancia que se obtiene entre estos espacios va ser positivo, es de signo negativo si la extensión disponible es menos que la extensión requerida y la discrepancia nula cuando el resultado es el mismo entre los espacios.

Índice de Robert Moyers

Sexo: M X F

DIENTE	4 2	4 1	3 1	3 2	Suma incisal
Ancho Mesiodistal	6,0 mm	6,0 mm	6,0 mm	6,5 mm	24,5 mm

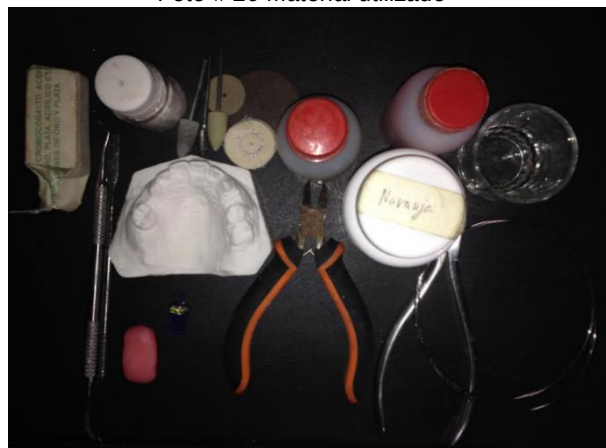
	MAXILAR		MANDIBULAR	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Espacio disponible	14 mm	23.0 mm	24,5 mm	25.0 mm
Espacio requerido	22.8mm	22.8 mm	22,5 mm	22,5 mm
Discrepancia	-8.8 mm	0.2mm	2 mm	2,5 mm
Mesialización del 6	-0,9 mm	-0,9 mm	-1,7 mm	-1,7 mm
Discrepancia Total	-9,7 mm	-0.7 mm	0.3mm	0.8 mm

4.- Obtenidos los modelos de trabajo se proceden a confeccionar los elementos que conforman la placa sagital.

Materiales a utilizar en la confección de la placa sagital

- Modelos de estudio
- Tornillo de expansión
- Alambre de acero # 8
- Alicata Cortafrío
- Alicata de Young
- Aislante
- Vaso de vidrio
- Acrílico de color polvo
- Acrílico líquido rápido
- Cera rosada
- Espátula de cera
- Espátula de lecrón.
- Micromotor
- Disco metálico
- Rueda de trapo
- Rueda de felpa
- Piedra pómez
- Tiza para abrillantar

Foto # 20 Material utilizado



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Foto # 21 Confección de Gancho Adams



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Foto # 22 Confección de todos los elementos



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

5.- Se aísla el modelo de trabajo antes de acrilar la placa, y así evitar que el acrílico se adhiera fuertemente al modelo.

Foto # 23 Colocación de aislante al modelo de trabajo



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

6.- Se adaptan cada uno de los alambres al modelo con ayuda de la cera rosada; un asa vestibular, un gancho Adams, un circunferencial. Además de esto se compró el tornillo que se va a colocar cuando se acrile.

Foto # 24 Adaptación de los alambres al modelo de trabajo



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

7.-Se realiza la mezcla polvo y líquido rápido para acrílico. Obteniendo un consistencia adecuada para la posterior colocación en el modelo.

Foto # 25 Acrílico rápido en polvo



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Foto # 26 Mezcla del acrílico rápido en polvo y líquido



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

8.- Se coloca la mezcla sobre el modelo de trabajo esperando a la posterior polimerización del mismo.

Foto # 27 Colocación delacrílico en el modelo de trabajo



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

9.- Una vez que haya polimerizado se elimina las rebabas dejando una superficie lisa y sin asperezas, evitando así posibles laceraciones en la boca del paciente.

Foto # 28 Eliminación de rebabas



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

10.- Se usa una lija de grano fino y agua para regularizar toda la superficie, luego con una rueda de felpa y una mezcla de piedra pómez y agua se pule la placa y finalmente se utiliza tiza y una rueda de trapo dándole el brillo deseado.

Foto # 29 Abrillantamiento de la placa

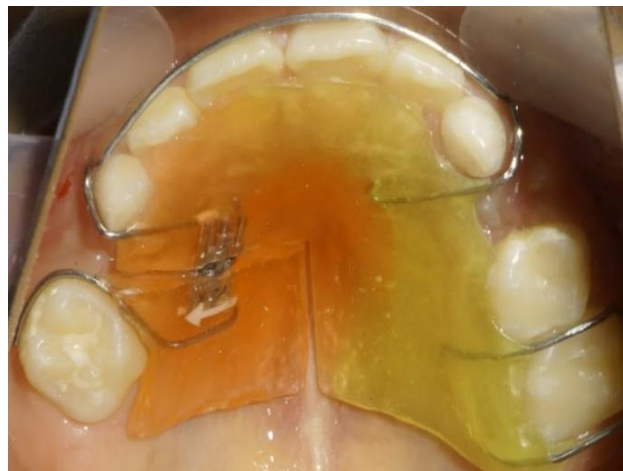


Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

11.- Adaptación en la boca del paciente, quedando perfectamente posicionada para que efectúe el adecuado movimiento en la pieza 16.

Foto # 30 Adaptación de la placa sagital



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

RESULTADOS

Al iniciar el tratamiento se procede a obtener modelos de estudio para posteriormente evaluar el progreso del tratamiento, al momento de iniciar este tratamiento se visualiza la cantidad de espacio con el que se cuenta siendo desde el canino temporario al primer molar permanente de 5 mm y también se toma una foto de la arcada superior .

Foto # 31 Modelos de estudio al iniciar el tratamiento



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Foto # 32 Arcada superior al iniciar el tratamiento



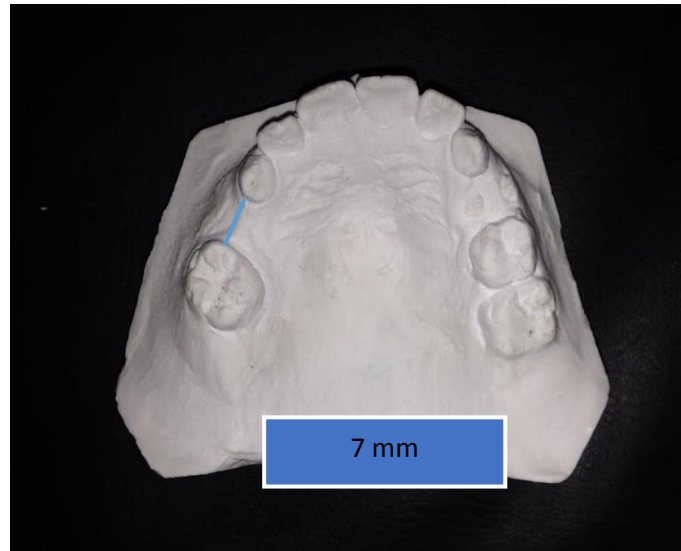
Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Primer control al mes de la adaptación

Se mide la cantidad de espacio recuperado, encontrándonos con un resultado positivo puesto que hemos recuperado 2mm desde la adaptación.

Foto # 33 Cantidad de espacio recuperado



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Foto # 34 Primer control al mes



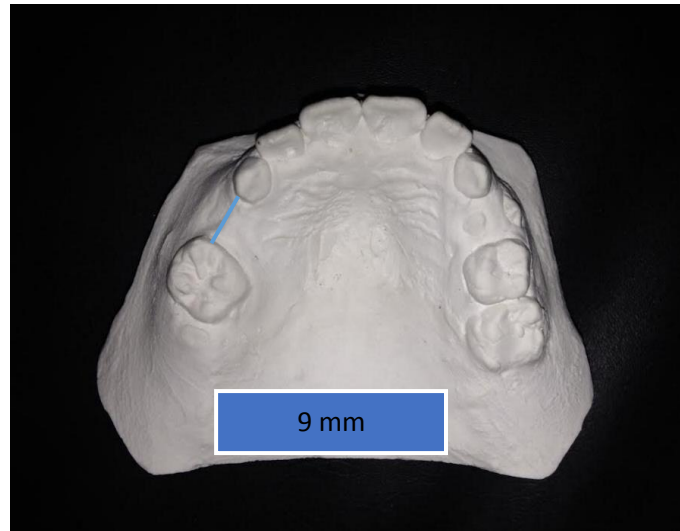
Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Segundo Control a los dos meses de la adaptación.

Se mide otra vez la cantidad de espacio recuperado, encontrándonos con un resultado positivo puesto que hemos recuperado 2mm más que el mes anterior.

Foto # 35 Cantidad de espacio recuperado



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Foto # 36 Segundo control a los dos meses



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Estudio radiográfico a los dos meses de la adaptación

Se puede apreciar cómo ha habido un cambio en cuanto a la distancia existente cuando el paciente inicia el tratamiento y a los dos meses posteriores a este. Así como también se observa la calcificación con normalidad de las piezas.

Foto # 37 Radiografía Panorámica inicial



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Foto # 38 Radiografía Panorámica a los dos meses de la distalización



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Control de la oclusión durante el tratamiento

Se visualiza el cambio que se ha producido en cuanto a la oclusión mejorando la relación molar que existía dos meses antes de empezar el tratamiento.

Foto # 39 Oclusión lateral derecha al iniciar el tratamiento



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

Foto # 40 Oclusión lateral derecha a los dos meses de la distalización



Fuente: Propia de la investigación

Autor: Saira Cuenca Narváez

6. DISCUSIÓN

La distalización que suceden en los primeros molares en el maxilar superior es uno de los procedimientos más utilizados en la actualidad en pacientes que tienden a presentar maloclusión clase II. La placa sagital efectuó el movimiento hacia distal desde el minitornillo ubicado en la parte media del canino temporario y el primer molar permanente, mostró ser una de las maneras más eficientes en el tratamiento para la distalización de los primeros molares maxilares obviando los posibles resultados desfavorables, además este es un procedimiento no destructivo, fácil, profiláctico y de bajo precio que le ofrece al paciente una mejor capacidad y confort a lo largo del tratamiento utilizando un solo minitornillo.

Entre una de las desventajas del sistema es que se necesita cambiar cada cierto tiempo el minitornillo. En mi caso al paciente se le distalizó el molar superior del lado izquierdo, logrando los objetivos planteados, es decir, que se obtuvieron resultados dentales, estéticos y funcionales satisfactorios.

7. CONCLUSIONES

Con el análisis de este caso en un paciente de 9 años de edad con pérdida prematura de piezas temporarias y la posterior pérdida de espacio puedo concluir:

El tiempo transcurrido del tratamiento en este caso ha sido de dos meses después de haber colocado la placa sagital en la cavidad bucal del paciente ya que al realizar el análisis de Moyers se evidenció claramente la necesidad de recuperar el espacio en la parte de la zona molar superior para la posterior y normal erupción de las piezas 13, 14,15, se logró el objetivo planteado, recuperar dicho espacio en milímetros. Todo esto mediante la distalización del primer molar permanente, que por la ausencia de las piezas dentarias 54, 55 se había mesializado.

La utilización de una placa removible sin usar aparatología fija como es el uso de microtornillos o brackets supuso un gran reto para este caso, ya que la placa removible en la actualidad no es tan utilizada, puesto que se piensa que no genera resultados positivos.

8. RECOMENDACIONES (OPCIONAL)

Concientizar a los infantes y sus padres acerca de la importancia de tener una consulta odontológica periódicamente a pesar de que no presente ningún tipo de malestar; debido a que una cita en el momento adecuado logrará evadir la presencia de caries así como la exfoliación dental.

Los pacientes con dentición mixta pueden recurrir al tratamiento interceptivo con el uso de aparatología removible obteniendo resultados positivos y favorables en el paciente previo a empezar un tratamiento fijo.

Implantar diferentes proyectos que impulsen la salud bucodentaria de la población evitando que se presenten enfermedades a nivel bucal, resaltando la importancia que tienen cada una de las piezas ya sean de la dentición temporaria como la permanente y podrá ofrecer diversas opciones de tratamientos adecuados que el especialista pueda dar a sus pacientes.

Continuar con el tratamiento de la placa sagital esto ayudará a que se siga con la recuperación del espacio necesario, con constancia y compromiso por parte del paciente se obtendrá resultados positivos.

9. BIBLIOGRAFÍA

- Águila , F., & Graber, T. (2000). *Tratado de Ortodoncia*. Madrid-España: Médica Panamericana S.A.
- Aguilar , F., & Hernandez, J. (10 de Diciembre de 2010). Obtenido de Ortodoncia: <http://es.slideshare.net/JenniferHernandez2/andrews-llaves> Beldiman , M., Maxim , A., & Balan A. (2010). *On the frequency and localization of premature loss of temporary teeth in pre- school children from the urban area of Iasi*.
- Bordoni, N. (2010). *Odontología Pediátrica: La salud bucal del niño y del adolescente en el mundo actual*. Buenos Aires- Argentina : Panamericana.
- Bravo Lugo, E., & Perea Hernandez, Y. (Mayo de 2013). *Monografía Extracción Dental*. Obtenido de http://www.academia.edu/16521634/Monografia_Extraccion_Dental
- Camacho Regalado, S. P. (n.f de octubre de 2012). *Repositorio Digital*. Obtenido de Frecuencia de caries y pérdida prematura de primeros molares permanentes en la Academia Internacional Bilingüe la Breña: <http://www.dspace.uce.edu.ec/handle/25000/509>
- Ciro, P., Sandoval, P., Rey, D., Uribe, G., Sierra, A., & Oberti, G. (Abril de 2011). *Scielo*. Obtenido de Distalización de Molares Maxilares con Aparatos Intraorales de Nueva Generación que no Necesitan Colaboración del Paciente: http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-381X2011000100006&script=sci_arttext
- Chumi Terán R., C. P. (2015). *Revista Latinoamericana*. Obtenido de <http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art36.asp>
- De Sousa, J. G. (2013). *Revista Latinoamerica* . Obtenido de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2013/pdf/art20.pdf>
- Echarri Lobiondo , P., & Pedernera, M. (Febrero de 2012). *Revista Ateneo* . Obtenido de <http://www.ateneo-odontologia.org.ar/revista/li01/articulo1.pdf>

González Fernández , M., & Fernández , R. (Diciembre de 2003). *Actualización en técnicas ortodónticas distalizadoras*. Obtenido de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-75072003000300005

Huamán Ricce, L. L. (2014). *PÉRDIDA PREMATURA DE DIENTES DECIDUOS*. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/3971/1/Huaman_rl.pdf

Jaen, M. (1 de Junio de 2013). *Scribd*. Obtenido de <https://es.scribd.com/doc/150998380/Distalizacion-de-Molares>

Martínez,Tomich,Ucero,Spina. (29 de Abril de 2013). *Acta Odontologica Venezolana*. Recuperado el 2016 de Marzo de 19, de <http://www.actaodontologica.com/ediciones/2013/3/art13.asp>

Martins Bezerra, E., & Da Silva Nogueira, A. (2012). *Pes Bras Odontopediatria Clínica Integrada*. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/637/63723468015.pdf>

Mayoral , J., & Mayoral , G. (1971). *Ortodoncia Principios fundamentales y práctica*. Barcelona - Madrid: Labor S.A.

Mérida, I. (2011). *Movimiento ortodóntico y sus factores modificantes*. Obtenido de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2011/art26.asp>

Moyers, R. (1996). *Manual de Ortodoncia*. Buenos Aires: Medica Panamericana S. A.

Naveda, A. (14 de Abril de 2008). Obtenido de Huesos de la Cara: <http://unefaanatomia.blogspot.com/2008/04/huesos-de-la-cara.html>

- Ortiz, M., Godoy , S., & Farias , M. (2009). Obtenido de Pérdida prematura de dientes temporales en pacientes de 5 a 8 años de edad asistidos en la Clínica de Odontopediatria de la Universidad Gran Mariscal de Ayacucho, 2004-2005 : <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2009/art17.asp>
- Otaño, R., Otaño, G., & Fernández, R. (s.f.). Obtenido de Crecimiento y Desarrollo craneofacial: <http://articulos.sld.cu/ortodoncia/files/2009/12/crec-y-des-preg.pdf>
- Pérez Yáñez, M., Sigüencia Cruz , V., & Bravo Calderón , M. (2014). Mini-Implantes en Ortodoncia. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria* . Obtenido de Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatria : <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2014/art31.asp>
- Portillo , E. (30 de Septiembre de 2014). Obtenido de Análisis de Modelos : <http://es.slideshare.net/eva717/anlisis-de-modelos-en-denticin-mixta>
- Proffit, W., Fields, H. W., & Sarver, D. (2014). *Ortodoncia contemporánea*. España : Elseiver Quinta Edición .
- Ricardo Reyes, M. . (12 de Septiembre de 2009). *Riesgos asociados a la pérdida de la longitud del arco dentario en la dentición mixta temprana*. Obtenido de http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_14_1_10/san06110.htm
- Santiesteban Ponciano, F., & Alvarado Torres , E. (2015). *Revista Latinoamericana de Orodoncia y Odontopediatria*. Obtenido de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art37.asp>
- Talley Millán, M., Katagiri Katagiri, M., & Pérez Tejada, H. E. (Diciembre de 2007). *Casuística de maloclusiones Clase I, Clase II y Clase III según*. Obtenido de <http://www.medigraphic.com/pdfs/odon/uo-2007/uo074c.pdf>
- Velásquez, D. (2011). *Análisis de Moyers y Tanaka y Jonhston, para la predicción del tamaño mesiodistal de caninos y premolares*. Lima-Perú.
- Villavicencio, J., Fernández, M., & Magaña, L. (1996). *Ortopedia Funcional de los Maxilares*. Actualidades Médico Odontológicas Latinoamérica.

ANEXO



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

HISTORIA CLÍNICA

Fecha de ingreso: 3/12/2015 Expediente No. 80322
Responsable: Saira Leidi Cuenca Narváez

DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

Apellidos: Viguña Reyes
Nombres: Nicolás Sam
Edad: 9 años Raza: Mestizo
Domicilio: Durán, calle Rector Conos Chilla Teléfono: 0939396985
Representante: Jenny Reyes Lucas Teléfono: 042989363
¿Se ha realizado tratamiento de ortodoncia previo? SI ☒ NO ¿Hace que tiempo? seis meses

HISTORIA MÉDICA:

¿Está bajo tratamiento médico? NO
Nombre los medicamentos tomados en los últimos 6 meses: _____
¿Es alérgico a la penicilina y otro medicamento? SI - NO ☒
¿Ha tenido complicaciones con anestesia en boca y hace que tiempo? NO
Padece Ud. De alguna de las siguientes enfermedades
Hemofilia: SI - NO ☒ Asma: SI - NO ☒ Hepatitis: SI - NO ☒ Tuberculosis: SI - NO ☒
Diabetes: SI - NO ☒ Apoplejía: SI - NO ☒ Artritis: SI - NO ☒
Alguna otra enfermedad: _____
Antecedentes familiares maternos: NO

MOTIVO DE CONSULTA:

Su representante refiere: "le sacaron los dientes a mi hijo y lleva seis meses en tratamiento, pero siento que no le hacen ningún efecto, deseo que usted me ayude"

NOMBRE DEL ALUMNO QUE LO ATIENDE: Saira Leidi Cuenca Narváez

EXAMEN FACIAL:

Tipo de cara: Braquifacial: _____ Mesofacial: _____ Dolicofacial: _____
 Vista frontal: Tercio superior: 37 mm Tercio medio: 37 mm Tercio inferior: 36 mm
 Perfil: Recto: ☒ Convexo: _____ Cóncavo: _____

EXAMEN CLÍNICO:

Señale con un visto o subraye

Estructuras				
Nariz	Grande	Mediana ☒	Pequeña	Tabique desviado: SI - NO ☒
Labios	Hipertónico	Funcionales ☒	Hipotónico	Interposición: SI - NO ☒
Señale con una S si es Sup / una I si es inferior	Macroquelia	Microquelia	L. Fisurado	con fuerza sin fuerza
Mentón	Grande	Mediano ☒	Pequeño	Rictus

SISTEMA MASTICATORIO:

Estructuras				
lengua	Macroglosia	Normal ☒	Microglosia	Frenillo: Dificultad en Pronunciación: SI - NO Interposición: SI - NO Con fuerza Sin fuerza
Bóveda Platina	Amplia	Normal ☒	Profunda Ojival	Fisura Unilateral Fisura Bilateral
Mucosa Bucal	Aftas	Normal ☒	Laceraciones	Úlceras
A.T.M	Chasquido	Ruido	Dolor	Traba
Señale D o I para referir el lado derecho o izquierdo que presenta el signo o síntoma	Lado D: Lado I:	Lado D: Lado I:	Lado D: Lado I:	Lado D: Lado I:
	Apertura: <u>32</u> mm	Trayectoria Normal ☒	Trayectoria Desviada hacia:	Observaciones

EXPLORACIÓN MUSCULAR:

Señale D o I para referir el lado derecho o izquierdo que presenta el signo o síntoma	Contractura	Dolor a la palpación	Normal
M. Temporal:			☒
M. Macetero:			☒
M. Pterigoideo Ext.			☒
M. Pterigoideo Int.			☒
M. Digástrico:			☒
M. Esternocleido-mastoideo:			☒

HÁBITOS ORALES:

Respiración:	Nasal ✓	Bucal	Buco-nasal
Adenoides:	Normal ✓	Extirpadas	Hipertrofia
Deglución:	Normal ✓	Atípica	
Succión:	Ninguna ✓	Digital	Labial
Onicofagia:	No ✓	SI	
Pronunciación:	Normal ✓	Dificultad con las letras:	

SISTEMA DENTARIO:

Dentición Temporalia Dentición Mixta Dentición Permanente

Dientes ausentes: 54, 55, 64, 73, 74

Dientes cariados: _____

Dientes Fracturados: _____

Hipoplasia del esmalte: _____

Higiene dental: buena ✓ regular mala

¿Cuántas veces se cepilla al día? 3 ¿Usa Hilo dental? SI - NO ✓

TIPO DE OCLUSIÓN:

	Neutro	Disto	Mesio
Relación molar derecha		✓	
Relación molar izquierda	✓		
Relación canina derecha	—	—	—
Relación canina izquierda	—	—	—
Overjet	3,5 mm		
Overbite	4 mm		

	No. pieza		No. pieza
Vestíbulo versión		Linguo versión	
Palato versión		Giroversión	
Mesioagresión	16	Distogresión	
Infraoclusión		Ectópicos	
Ausentes			

ESTUDIO DE MODELOS:

Tipo de modelos: Estudio ☒ Trabajo: _____ Control: _____

Forma de arco: Ovoides (Tipología maseterina) ☒
 Cuadrangular (Tipología Temporal) _____
 Triangular (Tipología pterigoidea) _____

Número de Piezas dentarias:

Temporarias: 5 piezas Permanentes: 12 piezas
 Línea media alterada: ~~SI~~ NO
 Superior: ☒ Inferior: _____

Diámetro Intercanino: Superior _____ Inferior: _____
 Diámetro Intermolar: Superior _____ Inferior: _____

ESTUDIO RADIOGRÁFICO:

	No. pieza		No. pieza
Agnesias		Perdida prematura	<u>54, 55, 73, 83</u>
Retenidos		Persistencia	
Impactados		Dilaceraciones	
Supernumerarios		Caries proximales	
Reabsorción radicular		Procesos periapicales	

ÍNDICE DE ROBERT MOYERS:

Sexo: Masculino ☒ Femenino: _____

Diente	42	42	31	32	SUMA INCISAL
Ancho Mesiodistal	<u>6mm</u>	<u>6mm</u>	<u>6mm</u>	<u>6,5mm</u>	<u>24,5mm</u>

	MAXILAR		MANDIBULA	
	Derecho	Izquierdo	Derecho	Izquierdo
Espacio Requerido	<u>22,8mm</u>	<u>22,8mm</u>	<u>22,5mm</u>	<u>22,5mm</u>
Espacio Disponible	<u>14mm</u>	<u>23mm</u>	<u>24,5mm</u>	<u>25mm</u>
Diferencia	<u>-8.8mm</u>	<u>-0.9mm</u>	<u>2mm</u>	<u>2,5mm</u>

Discrepancia	Leve	Marcada	Leve	Marcada
--------------	------	---------	------	---------

RESUMEN DIAGNÓSTICO

NOMBRE: Nicolás Sam Uquía Reyes

EDAD: 9 años

Paciente masculino de 9 años de edad, presenta clase esquelética tipo I, forma del arco superior ovalide, forma del arco inferior cuadrangular, relación molar izquierda clase I, relación molar derecha clase II, debido a la discrepancia existente causado por la ausencia de las piezas 54, 55 lo que generó una pérdida de espacio de 11.2 del lado derecho del maxilar superior, datos corroborados en el Análisis de Moyers. Existe asimetría ósea, relación canina ausente, con ligera mordida profunda, paciente dolicofacial.

TIPO DE TRATAMIENTO	SI	NO	DESCRIPCIÓN DE APARATOLOGÍA/PROCEDIMIENTO Q.
MIOFUNCIONAL			
ORTOPEDIA			
ORTODONCIA	✓		Placa sagital con un minisor hillo que se activa cada 2-3 días 14 de vuelta.
ORTODONCIA PREVENTIVA			
QUIRÚRGICO			

PLAN DE TRATAMIENTO

Aparatología removable: uso de placa sagital como tratamiento de paciente con pérdida de espacio en la zona molar superior. La aparatología debe usarse aproximadamente de 10-12 horas. Se la activará 14 de vuelta cada 2-3 días.

FECHA	ACTIVIDADES	PROFESOR	ALUMNO
3/12/2015	Revisión del paciente	LN	Se fue
3/12/2015	Historia Clínica	LN	Se fue
8/12/2015	Toma de impresión, vaciado Recorte, zocalo	LN	Se fue
8/12/2015	Toma de Rx Panorámica	LN	Se fue
8/12/2015	Toma de Radiografías periapicales	LN	Se fue
14/12/2015	Toma de fotos extrabucal - intra-bucal	LN	Se fue
15/12/2015	Análisis de modelos	LN	Se fue
15/12/2015	Análisis Radiográfico	LN	Se fue
17/12/2015	Análisis de Moyers	LN	Se fue
21/12/2015	Elaboración de la Placa Sagital	LN	Se fue
4/01/2016	Adaptación de la Placa Sagital	LN	Se fue
18/01/2016	Revisión de avance del tratamiento	LN	Se fue
04/02/2016	Revisión de avance del tratamiento	LN	Se fue
12/02/2016	Revisión de avance del tratamiento	LN	Se fue
19/02/2016	Revisión de avance del tratamiento	LN	Se fue

TABLA DE MOYERS

A. Premolares y Caninos Inferiores													
Varones													
21/12 = (%)	19,5	20,0	20,5	21,0	21,5	22,0	22,5	23,0	23,5	24,0	24,5	25,0	25,5
95	21,6	21,8	22,0	22,2	22,4	22,6	22,8	23,0	23,2	23,5	23,7	23,9	24,2
85	20,8	21,0	21,2	21,4	21,6	21,9	22,1	22,3	22,5	22,7	23,0	23,2	23,4
75	20,4	20,6	20,8	21,0	21,2	21,4	21,6	21,9	22,1	22,3	22,5	22,8	23,0
65	20,0	20,2	20,4	20,6	20,8	21,1	21,3	21,5	21,8	22,0	22,2	22,4	22,7
50	19,5	19,7	20,0	20,2	20,4	20,6	20,9	21,1	21,3	21,5	21,7	22,0	22,2
35	19,0	19,3	19,5	19,7	20,0	20,2	20,4	20,6	20,9	21,1	21,3	21,5	21,7
25	18,7	18,9	19,1	19,4	19,6	19,8	20,1	20,3	20,5	20,7	21,0	21,2	21,4
15	18,2	18,5	18,7	18,9	19,2	19,4	19,6	19,9	20,1	20,3	20,5	20,7	20,9
5	17,5	17,7	18,0	18,2	18,5	18,7	18,9	19,2	19,4	19,6	19,8	20,0	20,2
Mujeres													
95	20,8	21,0	21,2	21,5	21,7	22,0	22,2	22,5	22,7	23,0	23,3	23,6	23,9
85	20,0	20,3	20,5	20,7	21,0	21,2	21,5	21,8	22,0	22,3	22,6	22,8	23,1
75	19,6	19,8	20,1	20,3	20,6	20,8	21,1	21,3	21,6	2,9	22,1	22,4	22,7
65	19,2	19,5	19,7	20,0	20,2	20,5	20,7	21,0	21,3	21,5	21,8	22,1	22,3
50	18,7	19,0	19,2	19,5	19,8	20,0	20,3	20,5	20,8	21,1	21,3	21,6	21,8
35	18,2	18,5	18,8	19,0	19,3	19,6	19,8	20,1	20,3	20,6	20,9	21,1	21,4
25	17,9	18,1	18,4	18,7	19,0	19,2	19,5	19,7	20,0	20,3	20,5	20,8	21,0
15	17,4	17,7	18,0	18,3	18,5	18,8	19,1	19,3	19,6	19,8	20,1	20,3	20,6
5	16,7	17,0	17,2	17,5	17,8	18,1	18,3	18,6	18,9	19,1	19,3	19,6	19,8
B. Premolares y Caninos Superiores													
Varones													
21/12 = (%)	19,5	20,0	20,5	21,0	21,5	22,0	22,5	23,0	23,5	24,0	24,5	25,0	25,5
95	21,2	21,4	21,6	21,9	22,1	22,3	22,6	22,8	23,1	23,4	23,6	23,9	24,1
85	20,6	20,9	21,1	21,3	21,6	21,8	22,1	22,3	22,6	22,8	23,1	23,3	23,6
75	20,3	20,5	20,8	21,0	21,3	21,5	21,8	22,0	22,3	22,5	22,8	23,0	23,3
65	20,0	20,3	20,5	20,8	21,0	21,3	21,5	21,8	22,0	22,3	22,5	22,8	23,0
50	19,7	19,9	20,2	20,4	20,7	20,9	21,2	21,5	21,7	22,0	22,2	22,5	22,7
35	19,3	19,6	19,9	20,1	20,4	20,6	20,9	21,1	21,4	21,6	21,9	22,1	22,4
25	19,1	19,3	19,6	19,9	20,1	20,4	20,6	20,9	21,1	21,4	21,6	21,9	22,1
15	18,8	19,0	19,3	19,6	19,8	20,1	20,3	20,6	20,8	21,1	21,3	21,6	21,8
5	18,2	18,5	18,8	19,0	19,3	19,6	19,8	20,1	20,3	20,6	20,8	21,0	21,3
Mujeres													
95	21,4	21,6	21,7	21,8	21,9	22,0	22,2	22,3	22,5	22,6	22,8	22,9	23,1
85	20,8	20,9	21,0	21,1	21,3	21,4	21,5	21,7	21,8	22,0	22,1	22,3	22,4
75	20,4	20,5	20,6	20,8	20,9	21,0	21,2	21,3	21,5	21,6	21,8	21,9	22,1
65	20,1	20,2	20,3	20,5	20,6	20,7	20,9	21,0	21,2	21,3	21,4	21,6	21,7
50	19,6	19,8	19,9	20,1	20,2	20,3	20,5	20,6	20,8	20,9	21,0	21,2	21,3
35	19,2	19,4	19,5	19,7	19,8	19,9	20,1	20,2	20,4	20,5	20,6	20,8	20,9
25	18,9	19,1	19,2	19,4	19,5	19,6	19,8	19,9	20,1	20,2	20,3	20,5	20,6
15	18,5	18,7	18,8	19,0	19,1	19,3	19,4	19,6	19,7	19,8	20,0	20,1	20,2
5	17,8	18,0	18,2	18,3	18,5	18,6	18,8	18,9	19,1	19,2	19,3	19,4	19,5

Tabla tomada de moyers 1996



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PADRES/TUTORES DE MENORES
DE EDAD

Yo... Jenny Aracely Reyes Lucas con
cedula de identidad N° 1307629525 ..certifico que soy el padre/madre/tutor de
Nicolas Sam Uguña Reyesy en nombre de él
autorizo que la estudiante Saira Leidi Cuenca Narváez con C.I. 0928000736 tome las
fotografías, radiografías, modelos de estudio para que se lleve a cabo los procedimientos
necesarios ya dados a conocer.

Firma... Jenny Reyes L.

CI. 1307629525

Fecha... 3/12/2015

ESTABLECIMIENTO		NOMBRE	APELLIDO	SEXO M-F	EDAD AÑOS	N. HISTORIA CLINICA
FPO		Nicolás	Uguña	M	9 años	80322
MENOR DE 1 AÑO	1-4 AÑOS	5-9 AÑOS PROGRAM	5-14 AÑOS PROGRAM	10-14 AÑOS PROGRAM	15-19 AÑOS	MAYOR DE 20 AÑOS
						EMBARAZADA
1. MOTIVO DE CONSULTA						
ANOTAR LA CAUSA DEL PROBLEMA EN LA VERSIÓN DEL INFORMANTE						
"limpiarme los dientes"						
2. ENFERMEDAD O PROBLEMA ACTUAL						
REGISTRAR SINTOMAS: CRONOLOGÍA, LOCALIZACIÓN, CARACTERÍSTICAS, INTENSIDAD, CAUSA APARENTE, SÍNTOMAS ASOCIADOS, EVOLUCIÓN, ESTADO ACTUAL						
Asintomático						
3. ANTECEDENTES PERSONALES						
1. ALERGIA ANTIBIOTICO	2. ALERGIA ANESTESIA	3. HEMORRAGIAS	4. VIH/ SIDA	5. TUBERCULOSIS	6. ASMA	7. DIABETES
						8. HIPERTENSIÓN
						9. ENF. CARDIACA
						10. OTROS
no refiere antecedentes						
4. SIGNOS VITALES						
PRESIÓN ARTERIAL	FRECUENCIA CARDIACA /minuto	TEMPERATURA °C	FRECUENCIA RESPIRATORIA /minu			
100/60	68/m	36.7°C	18			
5. EXAMEN DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO						
DESCRIBIR ABAJO LA PATOLOGÍA DE LA REGIÓN AFECTADA ANOTANDO EL NUMERO						
1. LABIOS	2. MEJILLAS	3. MAXILAR SUPERIOR	4. MAXILAR INFERIOR	5. LENGUA	6. PALADAR	7. GINGIVAS
						8. CARIÓDONTOS
						9. GLAND. SALIVALES
						10. ORO FARINGE
						11. A.T.M.
						12. GINGIVAS
sin patología aparente						

6. ODONTOGRAMA

PINTAR: AZUL - TRATAMIENTO REALIZADO, ROJO PARA PATOLOGIA ACTUAL, MOVILIDAD Y RECESIÓN: MARCAR "X" (1, 2 ó 3), SI APLICA

RECESIÓN	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
MOVILIDAD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
VESTIBULAR	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
	55	54	53	52	51	61	62	63	64	65						
	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒						
Lingual	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75						
	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒						
VESTIBULAR	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38
	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒	☒
MOVILIDAD	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	
RECESIÓN	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	☐	

7. INDICADORES DE SALUD BUCAL

HIGIENE ORAL SIMPLIFICADA

PIEZAS DENTALES			PLACA 0-1-2-3	CALCULO 0-1-2-3	GINGIVITIS 0-1
16	✓	17	55	1	0
11	✓	21	51	1	0
26	✓	27	65	1	0
36	✓	37	75	1	0
31	✓	41	71	1	0
46	✓	47	86	1	0
TOTALES		TOTALES	TOTALES	12	0

8. INDICES CPO-ceo

	C	P	O	TOTAL
D	2	0	1	3
	c	e	o	TOTAL
d	2	0	0	2

9 SÍMBOLOS DEL ODONTOGRAMA

* ROJO SELL. NECESAR.	⊗ AZUL PERD. (OTRA CAUSA)	ROJO PROT. TOTAL
* AZUL SELL. REALIZAD.	△ ROJO ENDODONCIA	ROJO CORONA
X ROJO EXTRAC. INDICADA	ROJO PROT. FJA	ROJO OBTURADO
X ROJO PERD. POR CARIES	ROJO PROT. REMOV.	ROJO CARIES

BIOMETRIA	QUIMICA SANGUINEA	RAYOS X	OTROS
1) Profilaxis		2) Adaptación de placa sagital	
3) fluorización			
4) operatoria			
5) extracciones			

9 DIAGNOSTICO		PRE-PRESUNTIVO	CE	PRE	DEF	DIAGNOSTICO	PRE-PRESUNTIVO	CE	PRE	DEF
1	placa bucal									
2	caries									
3										
4										
5										
6										

FECHA DE APERTURA	FECHA DE CONTROL	PROFESIONAL	FIRMA	ESTUDIANTE	FIRMA	NÚMERO DE HOJA

10 TRATAMIENTO

SESIÓN Y FECHA		DIAGNOSTICO Y COMPLICACIONES	PROCEDIMIENTOS	PRESCRIPCIONES	CODIGO Y FIRMA	
SESIÓN	1	Modelo	D0210		CODIGO	FIRMA
FECHA		Diagnóstico	D0470			
	3/12/2015	Rx	D1120, D0320			
		Profilaxia	D1203			
SESIÓN	2				CODIGO	FIRMA
FECHA		Extracción 64	D7111			
	10/12/2015	Operatoria	D2392			
		35, 35, 36, 46				
SESIÓN	3				CODIGO	FIRMA
FECHA						
	17/12/2015	Operatoria 65	D2392			
		Colocación de	D8220			
SESIÓN	4	mantenedor			CODIGO	FIRMA
FECHA						
	4/1/2016	Adaptación	D8210	Rehabilitado		
		placa sagital				
SESIÓN	5	fluorización	D1203		CODIGO	FIRMA
FECHA						
	1					
SESIÓN	6				CODIGO	FIRMA
FECHA						
SESIÓN	7				CODIGO	FIRMA
FECHA						
SESIÓN	8				CODIGO	FIRMA
FECHA						

REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL
IDENTIFICACIÓN Y CENSO

CÉDULA DE CIUDADANÍA MED No. **094429517-9**

UGUÑA REYES
NICOLAS SAM

LUGAR DE NACIMIENTO
QUIYAS
DURAN

ELOY ALFARO / DURAN

FECHA DE NACIMIENTO **2008-02-08**

NACIONALIDAD **ECUATORIANA**

SEXO **M**

ESTADO CIVIL **SOLTERO**



INSTRUCCIÓN BÁSICA **FECCIÓN / OCUPACIÓN ESTUDIANTE** **V8343V2422**

UGUÑA UGUÑA OSCAR LUIS

REYES LUCAS YENNY ARACELI

LUGAR Y FECHA DE EXPEDICIÓN
DURAN
2015-04-08

FECHA DE EXPIRACIÓN
2025-04-08

Nicolas Uguña R.



REPÚBLICA DEL ECUADOR
DIRECCIÓN GENERAL DE REGISTRO CIVIL,
IDENTIFICACION Y CREDENCIAL

CÉDULA DE **CIUDADANÍA** No. **130762952-5**

APellidos y Nombres
**REYES LUCAS
YENNY ARACELI**
Lugar de nacimiento
**MANABI
SUCRE**
CHARAPOTO
Fecha de nacimiento **1972-08-13**
Nacionalidad **ECUATORIANA**
Sexo **F**
Estado civil **CASADO**
Uguña Uguña
OSCAR LUIS

Yenny Reyes
Firma del Cebulador



UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
CÁTEDRA DE ODONTOPEDIATRÍA III

DATOS PERSONALES DEL PACIENTE

Nombres: Nicolás Sam
Apellidos: Uguña Reyes
Edad: 9 años
Fecha de Nacimiento: 6 de febrero del 2006
Dirección domiciliaria: Durán, cda Hécator Cobos Uvina
Teléfono: 2989063
Nombre de la Escuela: Fundación Nuevo Mundo
Dirección: Km 1 1/2 Vía Samborombón
Teléfono: _____



Tutor: Jenny Reyes Lucas
Domicilio: Durán cda Hécator Cobos Uvina
Dirección del Trabajo: _____
Teléfono: _____

Nombre del Padre: Oscar Uguña Uguña
Dirección del Trabajo: _____
Profesión: Confer (taxista)
Teléfono: _____
Nombre de la Madre: Jenny Reyes Lucas
Dirección del Trabajo: _____
Profesión: Ama de casa
Teléfono: _____

Alumno responsable: Sara Cuenca Narváez

HISTORIA CLÍNICA # 8322
NOMBRE DEL PACIENTE: Nicolás Uguña Reyes
Dirección: Durán, cda Hécator Cobos Uvina
Establecimiento: Universidad de Guayaquil
FECHA: 3/12/2015
Teléfono: 2989042
Ciudad: Guayaquil

DATOS PERSONALES DEL ALUMNO:

Nombres: Saira Leidi

Apellidos: Cuenca Narváez

Edad: 23 años

Fecha de Nacimiento: 5 de septiembre de 1992

Dirección domiciliaria: Durán, Cdla. Hector Cobos Ulla

Teléfono de casa: 2988042

Número del celular: 0986496211

E-mail: sairaleidi@gmail.com

Dirección de sus padres: Durán, Cdla. Hector Cobos Ulla

Con quien vive usted: Padres y hermana

Estado civil: Soltera

Promesas en este año lectivo: Terminar mis estudios en quinto año, completar todos los casos con éxito y poder graduarme, ir a la rural, poder trabajar ejerciendo mi carrera.

Qué piensa de su futuro: lleno de muchas bendiciones

Promesas para sus padres: Ser su orgullo, ser su fortaleza a lo largo de sus vidas

Nombre del Padre: victor Gonzalo Cuenca Tinitana

Nombre de la Madre: Pastora Narváez Cuenca

Profesión de cada uno de ellos: Papá: Jubilado Mamá: Ama de casa

Estado civil de ellos: Casados

Color de su agrado: café

Es feliz con su vida: Si me encanta

Le gusta salir: Si, mucho

Qué piensa de usted misma: Una persona amable, sincera, perseverante, inteligente, estudiosa

Firma: 



SEÑALE UNA DE LAS CASILLAS

	SI	NO
1. Goza su hijo de buena salud?	☒	☐
2. Ha estado sometido a tratamiento en alguna época de su vida?	☐	☒
3. Ha estado hospitalizado?	☐	☒
4. Es alérgico a algún medicamento o alimento?	☐	☒
5. Toma su hijo alguna medicación actualmente?	☐	☒
• Qué clase de medicación?.....		
6. Presenta alguna reacción desfavorable a algún preparado Medicamentoso.....	☐	☒
7. Ha tenido trastornos nerviosos mentales o emocionales?	☐	☒
• Qué clase de trastornos?.....		
8. Señale con una cruz la casilla correspondiente si su hijo ha padecido alguna de las afecciones siguientes.		
• Asma	☐	☒
• Paladar Hendido	☐	☒
• Epilepsia	☐	☒
• Cardiopatía	☐	☒
• Hepatitis	☐	☒
• Enfermedad Renal	☐	☒
• Trastorno Hepático	☐	☒
• Trastorno de Lenguaje	☐	☒
9. Ha presentado su hijo hemorragias excesivas en operaciones o accidentes	☐	☒
10. El presenta equimosis con facilidad?	☐	☒
11. Tiene dificultades en la Escuela?	☐	☒
12. Padece o ha padecido su hijo uno de los trastornos siguientes?		
• Diabetes	☐	☒
• Sufre deshidratación	☐	☒
• Tiene la boca seca con frecuencia	☐	☒
13. Ha ido su hijo alguna vez al odontólogo?	☐	☒
14. Señale con una cruz la casilla correspondiente si su hijo presenta algún trastorno dental.		
• Dolor de muela	☒	☐
• Caries	☒	☐
• Sensible al dulce	☐	☒

- | | | |
|--|-----|-----|
| • Dientes deformados | () | SSS |
| • Dientes manchados | () | |
| • Dientes mellados o astillados | () | |
| • Sensible al frío o calor | () | |
| 15. Tiene su hijo algún trastorno dental a los mencionados? | | |
| Cual?..... | () | SSS |
| 16. Da a su hijo algún preparado? | () | |
| 17. Ha aplicado algún fluoruro a su hijo? | () | SSS |
| 18. Se chupa el pulgar o algún otro dedo, tiene algún habito al hablar?..... | () | |
| 19. Ha heredado alguna característica familiar. Cuál?..... | () | SSS |
| 20. Ha prometido alguna recompensa a su hijo por venir al dentista? | () | |

DIAGNÓSTICO PRESUNTIVO

El niño Nicolás Uguña Reyes tiene 9 años de edad. Es muy colaborador se muestra entusiasta para ser atendido, vive en Durán en una casa de cemento con sus dos hermanas, su hermana y sus padres. Estudia en Fundación Nuevo Mundo en 5to año de Básica, le gusta jugar pelota con sus amigos. Es de estatura normal, delgado, su cabello es de

5
color negro, es de raza mestiza, sus ojos son de color negro.

Además de jugar pelota, le gusta comer helados maduritos, doritos, galletas oreo, pero si le gusta cepillarse sus dientes tres veces al día.

ODONTOGRAMA

ODONTOGRAMA															
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28
55	54	53	52	51				61	62	63	64	65			
85	84	83	82	81				71	72	73	74	75			
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38

3-12-2005

DIAGNÓSTICO RADIOGRÁFICO

CUADRANTE SUPERIOR ANTERIOR CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

CUADRANTE SUPERIOR IZQUIERDO

- 21 en estadio de nolla 9
- 22 en estadio de nolla 10
- 23 en estadio de nolla 7, 63 rrizálisis fisiológica normal en el tercio medio de raíz
- 24 en estadio de nolla 6, 64 rrizálisis fisiológica normal en tercio cervical de corona
- 25 en estadio de nolla 5, 65 en rrizálisis fisiológica a nivel de corona
- 26. Presencia del primer molar

CUADRANTE SUPERIOR DERECHO

- 11 en estadio de nolla número 9
- 12 en estadio de nolla número 9
- 13 en estadio de nolla número 7, 53 rrizálisis fisiológica normal en el tercio cervical de corona
- 14, 15 gérmenes en estadio de nolla número 6
- 16 presente en cavidad bucal en estadio de nolla 6
- 17 germen en estadio de nolla 5

CUADRANTE ANTERIOR INFERIOR

CUADRANTE INFERIOR DERECHO

41, 42 gérmenes en estadio de nolla 9.
43 en estadio de nolla número 6.
piezas 44, 45 en estadio de nolla 6.
85 rizálisis fisiológica normal en el tercio apical
de la raíz
46 enpuñado en la cavidad bucal

CUADRANTE INFERIOR IZQUIERDO

91, 92 en estadio de nolla número 6.
33 en estadio de nolla 6.
34, 35 gérmenes en estadio de nolla número 6.
75 rizálisis fisiológica en el tercio apical de
raíz.
36 Presencia de la pieza permanente en la cavidad
bucal.

ESTUDIO DE MODELOS

Paciente presenta, clase esquelética I, con clase molar I en el lado izquierdo y clase II en el lado derecho. La clase conina no existe debido a la ausencia de las piezas 13, 23, 33, 34.

En el maxilar superior del lado izquierdo se encuentra más desarrollada la parte ósea.

En el lado derecho existe un menor desarrollo y una pérdida de espacio para la erupción de las piezas 13, 14, 15.

EXAMENES COMPLEMENTARIOS

Radiografía periapical (serie completa)

Radiografía panorámica

DIAGNÓSTICO DEFINITIVO

Paciente Nicolas Sam Uquira Reyes de años de edad, presenta halitosis moderada.
Presenta pérdida prematura de las piezas 54, 55 por lo que se ha producido la mesclunación de la pieza 16 haciendo que exista una pérdida de espacio para la erupción de las piezas 13, 14, 15.
Está indicada la extracción de la pieza #64.
Colocación de un mantenedor de espacio bilateral por la pérdida prematura de las piezas #73, 74, 83, 84.

PLAN DE TRATAMIENTO

PROFILAXIS

Piezas presentes, fluorización.

EXODONCIAS

Pieza # 64.

ENDODONCIAS

OPERATORIAS

65, 75, 85, 36, 46.

CIRUGÍA

PRÓTESIS

SELLANTES

ORTODONCIA

Mantenedor de espacio superior e inferior. El superior fue en un diagnóstico presuntivo, se utilizó posterior.
OBSERVACIÓN: una placa sagital.
Después de análisis de mayer's se diagnosticó la pérdida de espacio en la zona molar superior derecho.

O DE ODONTOPEDIATRIA

FACULTAD PILOTO DE ODONTOLOGIA

U V W X Y

PARALELO: 518

PROFESOR: DR ERNESTO MONTECÉS SEIXAS
AER JAIRA VELO

PACIENTES

NICOLÁS UGUNA
REYES.

CLINICALS

[illegible]

ANÁLISIS DE LA DENTICIÓN MIXTA (MOYERS)

PACIENTE: NICOLÁS SAM UGUÑA REYES

EDAD: 7 AÑOS **SEXO:** MASCULINO

DOMICILIO: DURÁN, CDLA: HÉCTOR COBOS UVILLA MZ: E, SOLAR: 7, SECTOR: 3

FECHA: 04 /01 / 2016

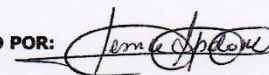
REPRESENTANTE DEL NIÑO: JENNY REYES LUCAS

MAXILAR	LADO DERECHO		LADO IZQUIERDO
ESPACIO DISPONIBLE	12,5 mm	ESPACIO DISPONIBLE	23.0 mm
ESPACIO REQUERIDO	22.8mm	ESPACIO REQUERIDO	22.8 mm
DISCREPANCIA	-10,3 mm	DISCREPANCIA	0.2mm
MESIALIZACIÓN DEL 6	-0,9 mm	MESIALIZACIÓN DEL 6	-0,9 mm
DISCREPANCIA TOTAL	-11.2 mm	DISCREPANCIA TOTAL	-0.7 mm

MANDIBULAR	LADO DERECHO		LADO IZQUIERDO
ESPACIO DISPONIBLE	22,5mm	ESPACIO DISPONIBLE	22,5 mm
ESPACIO REQUERIDO	21.0 mm	ESPACIO REQUERIDO	21.0 mm
DISCREPANCIA	1,5 mm	DISCREPANCIA	1,5 mm
MESIALIZACIÓN DEL 6	-1,7 mm	MESIALIZACIÓN DEL 6	-1,7 mm
DISCREPANCIA TOTAL	-0,2 mm	DISCREPANCIA TOTAL	-0.2 mm

SAIRA LEIDI CUENCA NARVÁEZ 5/8

REVISADO POR:





**UNIVERSIDAD DE GUAYAQUIL
FACULTAD PILOTO DE ODONTOLÓGIA**



REPORTE DE ACCIÓN CLÍNICA: PLACA SAGITAL

PACIENTE: NICOLÁS SAM UGUÑA REYES

EDAD: 9 AÑOS.

ACCION CLINICA: PLACA SAGITAL COMO TRATAMIENTO DE PACIENTE CON
PÉRDIDA DE ESPACIO EN LA ZONA MOLAR SUPERIOR.

JUSTIFICACIÓN.

En un infante que atraviesa el comienzo de su dentición mixta es primordial mantener en la cavidad bucal las piezas dentarias temporarias. De esta manera, se evita la migración mesial de los molares permanentes. Además, son las responsables de mantener el espacio para la futura erupción de los dientes permanentes. Uno de los métodos utilizados para recuperar la pérdida de espacio es la realización de la placa sagital siendo un sistema adecuado, de bajo costo ya que está confeccionado con materiales de fácil acceso y elaboración.

PLACA SAGITAL

INDICACIONES:

En presencia de los primeros molares permanentes y los cuatro incisivos inferiores permanentes, se realiza el Análisis de Moyers se confirma que el espacio disponible es menor al que se requiere en el lado superior derecho siendo la discrepancia -11,2 mm por lo tanto el tratamiento más indicado a utilizar es la placa sagital.

Diseñada y confeccionada con alambre #8 el asa vestibular que se extiende desde la cara distal canino derecho a la cara distal del canino izquierdo; ambos temporarios llegando a la cara palatina de los mismos. Un gancho Adams confeccionado en alambre # 8 y rodea a la pieza# 26, un gancho circunferencial que está abrazando desde la cara vestibular hasta llegar a palatino de la pieza#16 y un tornillo de expansión ubicado cercano al primer molar permanente derecho y el canino temporario derecho.

Con la activación $\frac{1}{4}$ de vuelta cada tres días permitirá la recuperación de espacio requerido para la correcta erupción de las piezas # 13, 14, 15 en el lado superior derecho.

MATERIALES A UTILIZAR.

Tornillo, alambre de acero # 8, acrílico, vaso de vidrio, cera, modelo de estudio, alicate de Young, aislante, espátula de cera, espátula de lecrón.

SAIRA LEIDI CUENCA NARVÁEZ 5/8

REVISADO POR: