



COLEGIO ODONTOLÓGICO  
COLOMBIANO

No. Acceso \_\_\_\_\_

Sig. Top. M 207 1987

Compra ☐

Canje ☐

Donación ☒

Editorial \_\_\_\_\_

Solicitado por \_\_\_\_\_

Fecha \_\_\_\_\_

Precio \_\_\_\_\_



M  
207  
1987  
T.I

COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO  
Facultad de Odontología

00216

Clinica Integrada

TRATAMIENTO ORTEPEDICO-ORTODONCICO  
DE LAS DISGNACIAS

Director de Monografía: Dr. Eduardo Rodriguez

Presentado por: A. Margarita Hernández G.

Codigo: 821036

X Semestre

Bogotá, Mayo de 1987



**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO**

**Facultad de Odontología**

**Clinica Integrada**

**Rector: Dr. Jorge Arango Tamayo**

**Decano: Dra. Marisol Arango**

**Vicedecano: Dr. Jairo Forero Morales**

**E.S.M.**



A MIS PADRES



## PREFACIO

El objetivo fundamental de esta monografía es el de dar en forma sencilla la información esencial sobre la etiología, diagnóstico y plan de tratamiento de las dignacias.

Debo aclarar de que este trabajo es producto de investigaciones hechas a traves de textos y conferencias que aparecieron en las referencias bibliograficas correspondientes. Y de conceptos adquiridos en el trascurso de mi carrera.

Es mi esperanza que este trabajo llegue a manos de mis compañeros con el fin de proporcionarles mediante este, información y orientación en la búsqueda de un tratamiento más eficaz en cuanto a corrección de disgnacia se refiera.



## AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecer de manera muy especial a todas aquellas personas que de una u otra forma participaron en la elaboración de éste trabajo.

Debo mencionar entre ellos al Dr. Jairo Forero Morales (Vicedecano, coordinador y docente de clínicas), por haberme dado éste tema, permitiendome así profundizar y complementar mis conocimientos al respecto. Al Dr. Eduardo Rodriguez quien me ha orientado y colaborado en la recopilación y ordenamiento de datos, y quien me ha servido como director de monografía.

De igual manera no quisiera dejar pasar esta oportunidad para hacer público el agradecimiento que profeso por el Dr. David Ordoñez Rueda, quien siendo mi profesor dejó directamante en mi, mis primeros conocimientos sobre el tema y por quien hoy pude guiarme a través de su libro "Ortopedia Maxilar y Antropología Biológica" en la conformación de ésta monografía.



## INTRODUCCION

Disgnacia, conócese con èste nombre a las alteraciones presentadas en los maxilares, y que seguramente sean tan antiguas como las demás anomalias que afligen al hombre, y que es uno de los problemas que en los últimos años a pasado a primeros planos gracias a los avances habidos en medicina y odontología los cuales ya nos permiten no solo la corrección de la anomalia, sino tambien en parte la prevención de cualquiera de éstos.

Los adelantos de la odontología con nuevos métodos de tratamiento animan a procurar la rehabilitación de muchos, cuya situación en tiempos pasados se consideraba irrevocable. Ahora se sabe que todos en algùn modo pueden mejorar.

El general conocimiento y la difusión que hoy por hoy se le da al tema ha contribuido no solo al éxito logrado post tratamiento, sino lo que es aún más importante a la acción de los directamente interesados a prevenir las disgnacias cuando estas se presentan por causas tales como hábitos, perdida prematura de dientes y otros.



## INDICE

|                                    | Pag. |
|------------------------------------|------|
| 1. Definición                      | 1    |
| 2. Etiología                       | 2    |
| 3. Métodos de Diagnóstico          | 8    |
| 4. Clasificación                   | 12   |
| 5. Cefalometria                    | 15   |
| 6. Descripción de Disgnacias       | 31   |
| 7. Pronostico                      | 39   |
| 8. Formas de tratamiento Temprano  | 41   |
| 9. Tratamiento de las disgnacias   | 43   |
| 10. Presentacion de casos clinicos | 53   |
| Análisis de filminas               | 57   |



## 1. DEFINICION

Disgnacia: Palabra que viene del griego Dis = enfermedad o desviación y Gnatnos = mandibula.

Se conoce con el nombre de Disgnacia a cualquier alteración en la formación de los maxilares.





## 2. ETIOLOGIA

Entre las causas que fundamentalmente pueden llevar a una disgnacia tenemos que las hay de dos tipos así:

### 1. Generales:

Dentro de este tipo de causas mencionaremos:

#### Factores Psicológicos:

Ya que la frustración, angustia o ansiedad pueden expresarla por medio de hábitos y tensiones musculares, los cuales afectan el crecimiento de los maxilares, produciendo anomalías maxilodentarias a edades tempranas.

#### Herencia y Ambiente:

La interacción de éstos lleva a la característica física final.

#### Defectos Congénitos:

El labio leporino y el paladar hendido, son algunos de los defectos còngenitos que llevan a la presentación de disgnacias, entre las cuales podemos mencionar la mordida cruzada y el pseudo prognatismo por micrognacia maxilar



superior.

#### Alteraciones Prenatales:

Mencionaremos aquí, la dieta materna, el uso de drogas como la taledomida, enfermedades como la varicela, y la postura fetal anormal.

#### Alteraciones Postnatales:

Como el nacimiento con ayuda de fórceps, traumas con fractura de cóndilo y diferentes accidentes, también el uso de diversos aparatos ortopédicos etc.

#### Alteraciones funcionales y Hábitos:

##### Función lingual:

Como es la fonación, succión, deglución, masticación, y aun respiración y cuyas disfunciones pueden llevar a una disgnacia. El tamaño y la presencia o no de la lengua también son responsables de la presentación de la disgnacia.

#### Alteraciones de las funciones del Sistema Estomatognático:

##### Succión:

Ayuda al desarrollo normal de los maxilares siempre y



cuando se haga por tiempo definido y en posición correcta.

#### Respiración:

Por ejemplo un respirador bucal favorece la retrusión de la mandíbula presentandose distooclusión debida a la inactividad e hipotonía de los músculos propulsores y retractores.

#### Deglución:

Ejemplo: un paciente con deglución atípica puede llevar a una disgnatia, ya que el movimiento de deglución puede realizarse entre 500 y 2000 veces al día si esta es atípica, la interposición lingual entre los maxilares provoca la formación de la disgnatia.

#### Masticación:

Es causa de disgnacia, cuando hay una masticación unilateral entonces hay un mayor crecimiento horizontal de los maxilares del lado de trabajo. También es causa de disgnatia cuando se lleva una alimentación blanda por mucho tiempo entonces no se sucede el desgaste natural de las cúspides y bordes incisales, y a desarrollo de los maxilares disminuye, produciendose disgnacias como:

- Compresión de los maxilares con apiñamiento en zona de incisivos.
- Oclución cruzada posterior o anterior debido a contactos o entorpecimiento en la trayectoria de cierre.



- Distocclusión

#### Fonación:

Es el caso de seseo, se puede presentar disgracias como mordida abierta anterior o protrusión dentaria de los incisivos debido a la interposición de la lengua.

#### Parafunciones:

Las mímicas, gestos y el llanto, provocan aumento de tonicidad de los músculos los cuales pueden traer trastornos en el equilibrio muscular y por ende posibles repercusiones en el crecimiento de los maxilares.

#### Hábitos de Succión:

La succión digital especialmente del pulgar después de los 3 ó 4 años puede ocasionar alteraciones irreversibles en el crecimiento de los maxilares, además de trastornos musculares y producir disgracia del tipo de Protrusión maxilar, la cual puede ser basal ó alveolodentaria, además de una fanguaversión de los dientes anteroinferiores o una verdadera distocclusión.

Están dentro de estos hábitos además de la succión digital, la succión de chupo, labio, lengua y carrillo.

#### Hábitos de Presión:

El hecho de morder las uñas, dedos, lápices, manos



carrillos y aún labios pueden asociarse con una protusión de uno o más dientes. La presión constante de los carrillos puede ocasionar compresión de un lado del maxilar estableciéndose de esta manera una lateoversión con una mordida cruzada unilateral.

#### Hábitos de Postura:

La posición al dormir boca arriba puede considerarse como una de las causas etiológicas en la aparición de una distooclusión y de una mordida abierta provocada por la respiración bucal.

## 2. LOCALES:

Dentro de éste tipo de alteraciones mencionaremos:

#### Dientes Supernumerarios:

Los cuales se presentan con mayor frecuencia en el maxilar superior. Los cuales pueden provocar desviaciones o retardos de la erupción de los incisivos.

#### Anodoncia Parcial:

Los cuales pueden provocar disgnacia debido a la migración de los dientes vecinos.

#### Anomalia de forma y tamaño:

Esta causa puede llevar a la presencia de apíñamiento o



de diastemas.

Perdida prematura de dientes:

Ya que esta nos lleva a extrusiones, rotaciones y dificultad en la erupción de permanentes.





### 3. METODOS DE DIAGNOSTICO

Entre los métodos llevados para lograr un buen diagnóstico tenemos:

#### 1. Examen del Paciente:

Debe hacerse de la forma más minuciosa posible, observandose en forma especial la cabeza y el cuello. Es de suma importancia analizar el ambiente psicológico en que vive el paciente.

#### 2. Historia Clínica:

Debe llevarse a cabo el diligenciamiento correcto de la historia ya que ésta nos proporciona hechos esenciales referentes a la salud física y emocional del paciente, así como sus problemas específicamente dentales.

En ella debemos confirmar todos los datos obtenidos los cuales nos servirán para dar un diagnóstico y un plan de tratamiento ideal.

(Ver filmina #1 al 4 modelo de Historia Clínica).



### 3. Modelo de Estudio:

Tienen valor primordial para el estudio de todas las áreas directamente relacionadas con la oclusión como son: los dientes, bóveda palatina, piso de la boca, rebordes alveolares etc.

A través de ellos podemos observar las alteraciones de forma, volumen y posición.

En síntesis podemos decir que, los modelos se utilizan para confirmar las relaciones visuales en el examen clínico.

(Ver filmina #5).

### 4. Modelos Gnatológicos:

Es importante el buen montaje de los modelos en el articulador, ya que casi todos los tratamientos se hacen durante el crecimiento del niño. (Ver filmina #6).

### 5. Índice:

Es de mucha importancia en el diagnóstico la utilización de un índice, ya que éste nos sirve de parámetro entre lo normal y lo anormal.

Entre los índices más usados podremos mencionar el de Pont y el de, aunque aquí describiré solo el de Pont, el cual relaciona la suma total de los diámetros mesiodistales



de los 4 incisivos con el tamaño de las arcadas. Se toma a nivel de bicúspides y molares.

Pont determinó 2 constantes promedio así: 80 para primeros premolares y 64 para los primeros molares. Las cuales daban el ancho normal promedio de un maxilar de acuerdo con el diámetro individual de los incisivos.

El índice se emplea así:

Para premolares se divide la suma de los incisivos por 100 sobre el ancho anterior de la arcada dentaria = 80.

Para molares se divide la suma de los incisivos por 100 sobre el ancho posterior de la arcada dentaria = 64.

Por lo tanto para saber cual es el ancho anterior de la arcada dentaria entonces se divide la suma de los incisivos por 100 sobre 80.

Y el ancho posterior de la arcada dentaria se sabe dividiendo la suma de los incisivos por 100 sobre 64.

(Ver filmina #7 el Índice de Pont modificado por Linder y Hart).

## 6. Fotografías:

Sirven como registro inicial de un tratamiento. Puede tomarse de frente y de perfil para: saber frente a que tipo de cara nos encontramos antes del tratamiento (Perfil recto, concavo o convexo).



Nos sirven para actos de tipo legal. (Ver filmina #8-10 tipos de perfil).

## 7. Radiografías:

### Periapicales:

Permite ver detalles tales como: caries, tipo de hueso alveolar, fracturas radiculares, morfología coronal y radicular e infecciones periapicales.

(Ver filmina #11).

### Panorámica:

Permite ver en una sola imagen: Dientes en erupción, ATM; senos maxilares etc.

Permite ver vías de erupción, aunque presenta distorsión en el tamaño radicular. (Ver filmina #12).

### Cefalométrica:

Conocidas también como Teleradiografías, son tomadas generalmente de perfil, estudian por medio de ángulos y planos la modificación del crecimiento y posición de los dientes con relación a determinada disgnatia comparandola con indices y medidas tomados como normales. (Ver filmina #13).



#### 4. CLASIFICACION

Entre las clasificaciones podemos mencionar las siguientes:

##### 1. Angle:

Quien los clasificó en tres grupos o tipos básicos a los cuales denominó: basándose en la relación anterosuperior en:

Clase I = Cuando la cuspide Mesobucal del 6 superior oclusion sobre la fisura Mesobucal del 6 inferior.

Clase II = Los primeros molares están en relación con relación a los superiores. División 1 cuando hay protusión de dientes superiores. División 2 hay linguaversión de incisivos superiores.

Clase III = Relación molar de los molares superiores.

##### 2. Lischer:

Dió a la clasificación de Angle los nombre de



Neutrooclusión, Distooclusión, y Mesoooclusión respectivamente.

### 3. Bennet:

Quién los clasificó respecto de las desviaciones en la dimensión así:

#### Transversal:

Se encuentra en éste sentido disgancia tales como:

- Comprensión maxilar la cual puede ser superior e inferior.
- Mordida cruzada unilateral y bilabial.

#### Sagitales:

En este sentido tenemos los siguientes disgancias:

- Protusión de maxilar superior con normoooclusión.
- Y Protusión de maxilar superior con distooclusión.
- Progenie: falsa, verdadera o genuina y Pseudoprogenie.
- Biprotusión.

#### Verticales:

Las disgancias presentadas en éste sentido son:



- Mordida abierta anterior
- Mordida abierta posterior
- Sobreoclusión





## 5. CEFALOMETRIA

En ortodoncia las aplicaciones de las cefalometrias son múltiples.

Entre algunas podemos mencionar:

1. Apreciación del crecimiento de los distintos componentes óseos del cráneo y la cara.
2. Diagnóstico clínico de las anomalías que presenta el paciente.
3. Comparación de los cambios ocasionados durante el tratamiento ortodóntico.

Este método científico aplicado a la práctica puede tener márgenes de error, pero siempre proporciona una claridad y una visión general de las anomalías que no pueden alcanzarse con ningún otro medio de diagnóstico.

Para la aplicación de éste debemos conocer puntos planos y ángulos básicos de cráneo y cara.



## PUNTOS CRANEOMETRICOS Y CEFALOMETRICOS: (Figura #1).

Llámense craneometricos aquellos puntos que se localizan en el cráneo, y cefáloметриcos a los que su localización en el vivo, en las Teleradiografías de frente y de perfil.

### Puntos Situados en la Línea Media: (Filmina # 1).

#### Bregma:

Situada en la parte más alta del cráneo, en la unión de las estructuras óseas coronal y sagitas.

#### Glabela:

Punto situado en la línea media a la altura de los arcos supraorbitarios; generalmente es una eminencia ósea pero, excepcionalmente, puede encontrarse una depresión.

#### Nación:

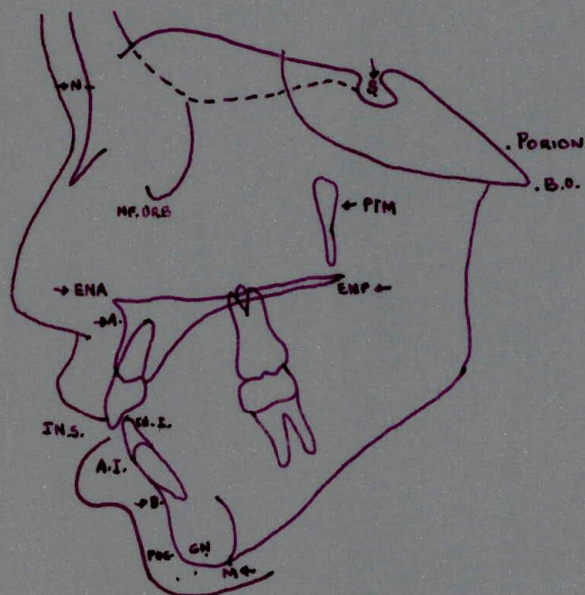
Punto de unión de la sutura del frontal y los huesos propios de la nariz en el plano medio sagital.

#### Espinal o Subnasal:

Situado en la base de la espina nasal anterior en el plano medio sagital.



## PUNTOS CEFALOMETRICOS



(Figura. 1) Puntos cefalométricos. Los que se encuentran señalados con flechas son los más utilizados para el Odontólogo General.



### Espina nasal posterior o Estafilión:

El estafilión está situado en la línea media del cráneo, en el punto en que la corta una línea que una de las dos escotaduras del borde posterior del paladar duro.

La espina nasal posterior se halla en el punto de intersección del paladar duro, y una perpendicular desde el plano horizontal de Frankfort a través del punto inferior de la fisura ptergomaxilar.

### Punto A:

Situado en la línea media en la parte más profunda del contorno anterior del maxilar superior, entre el espinal y el prostión.

### Alveolar Superior o Prostión:

Ubicado en la parte más anterior e inferior del reborde alveolar superior, entre los centrales superiores.

### Alveolar Inferior o Infradental:

Se haya en la parte más anterior y superior del reborde alveolar inferior, entre los dos incisivos inferiores.

### Punto B:

Situado en la línea media en la parte más profunda del



contorno anterior del maxilar inferior, entre el punto infradental y el progonion.

Progonion:

Punto situado en la parte más anterior del maxilar inferior. Es el punto más prominente del menton óseo.

Mentoniano:

Es el punto más inferior de la silueta de la sinfisis.

Gnation:

Es el punto más inferior y anterior en el contorno del mentón, queda adelante del mentoniano.

Punto S:

(Silla Turca). Es el centro de la concavidad ósea ocupado  
C  
por la hipofisis.

Punto R:

Es el punto medio de la perpendicular trazada desde el centro de la silla turca al plano del Bolton.

Basion:

Punto más anterior e inferior del borde anterior del



agujero occipital en el plano sagital.

PUNTOS LATERALES: (Figura No. 1)

Infraorbitario:

Punto más inferior del borde inferior de la orbita.

Zigion:

Punto situado en la parte más externa del arco zigomático.

Porion:

Punto medio y más alto del borde superior del conducto auditivo externo.

Gonion:

Punto más saliente e inferior del ángulo del maxilar inferior.

Punto Bolton:

Punto más profundo de la escotadura posterior de los cóndilos del occipital, donde estos se unen al hueso occipital.



### Articular:

Punto de intersección de los contornos dorsales del cóndilo de la mandíbula y de la cavidad glenoidea.

### Fisura Ptergomaxilar:

Punto más inferior de la fisura ptergomaxilar.

### PLANOS DE ORIENTACION Y REFERENCIA: (Figura #2 y 2A).

Los planos son el resultante de la unión de los puntos antes mencionados. Estos planos nos sirven para la orientación de la cabeza en la toma de radiografías y en el calco cefalométrico.

### Plano de Frankfort:

Resultante de la unión de punto infraorbitario con el punto Porion. Coloca la cabeza en posición normal y es paralelo al plano de visión.

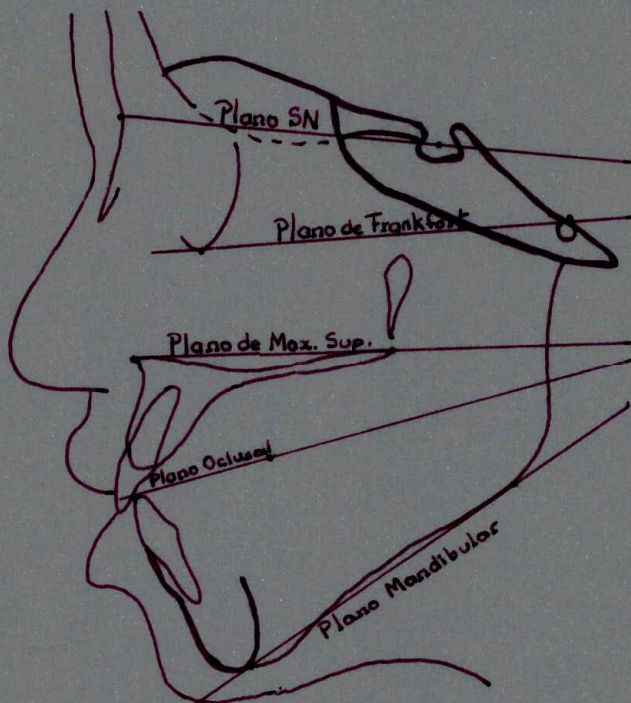
Se haya situado dentro de la zona que más cambia durante el crecimiento y no es de mucha precisión por tener puntos de trazado bilaterales.

### Plano de Camper:

Es el que une el punto espinal o subnasal con un punto situado en el centro del conducto auditivo externo.



## PLANOS CEFALOMETRICOS



(Figura 2). Conjunto de Planos Horizontales más utilizados.



La desventaja de su aplicación es que la cabeza al ser orientada con este plano queda levantada.

#### Plano de Bolton:

Se traza entre el Nasion y el Punto Bolton.

Se haya ubicada en la base del cráneo. Y la desventaja en su uso se debe a la dificultad en la localización del punto Bolton en la radiografía.

#### Plano Nasion -

Centro de la Silla Turca: Va del Nasion al centro de la Silla Turca.

Se haya situado en el plano medio sagital y en la base del cráneo.

#### Plano Maxilar Superior:

Conocido como plano palatino. Va del estafilion hasta el punto espinal o subnasal. Representa la parte media de la cara en sentido vertical.

#### Plano Oclusal:

No es un plano sino una línea curva pero para fines de diagnóstico. Se traza entre un punto situado entre las superficies oclusales de los primeros molares permanentes y un



punto anterior equidistante a los bordes incisales de los centrales superiores e inferiores; cuando hay hipocclusión de los incisivos (mordida abierta) el punto anterior estara localizada en la mitad de la distancia entre los bordes incisales de los incisivos centrales superiores e inferiores.

Cuando hay excesiva hipocclusión de los incisivos se trazan los segmentos posteriores de los dientes desde el canino al primer molar.

#### Plano mandibular:

Sigue el borde inferior del cuerpo de la mandibula y constituye el limite inferior de la cara.

Puede determinarse de tres formas distintas:

1. Una línea tangente al borde inferior de la mandíbula a través del punto más inferior del borde inferior del cuerpo de la mandibula por delante del ángulo gonioco.
2. Por medio de una línea que una los puntos Gnatio y Gonion
3. Una línea que una los puntos mentoniano y Gonion.

#### Plano N-A.:

Línea que une el punto Nasion con el punto A.

#### Plano N-B:

Línea que une el punto Nasion con el punto B.



#### Plano de la rama ascendente:

Se traza tangente al borde posterior de la rama ascendente en sus punto más prominentes en sentido posterior. O sea une los puntos articular y gonion.

#### Plano Facial:

Es aquel que une los puntos Nasion y Progonion.

#### Plano orbital:

Debe pasar por la cúspide del canino superior y por el Gnation.

#### Plano de Izard:

Perpendicular al plano de Frankfort desde la glabella.

#### Eje Y:

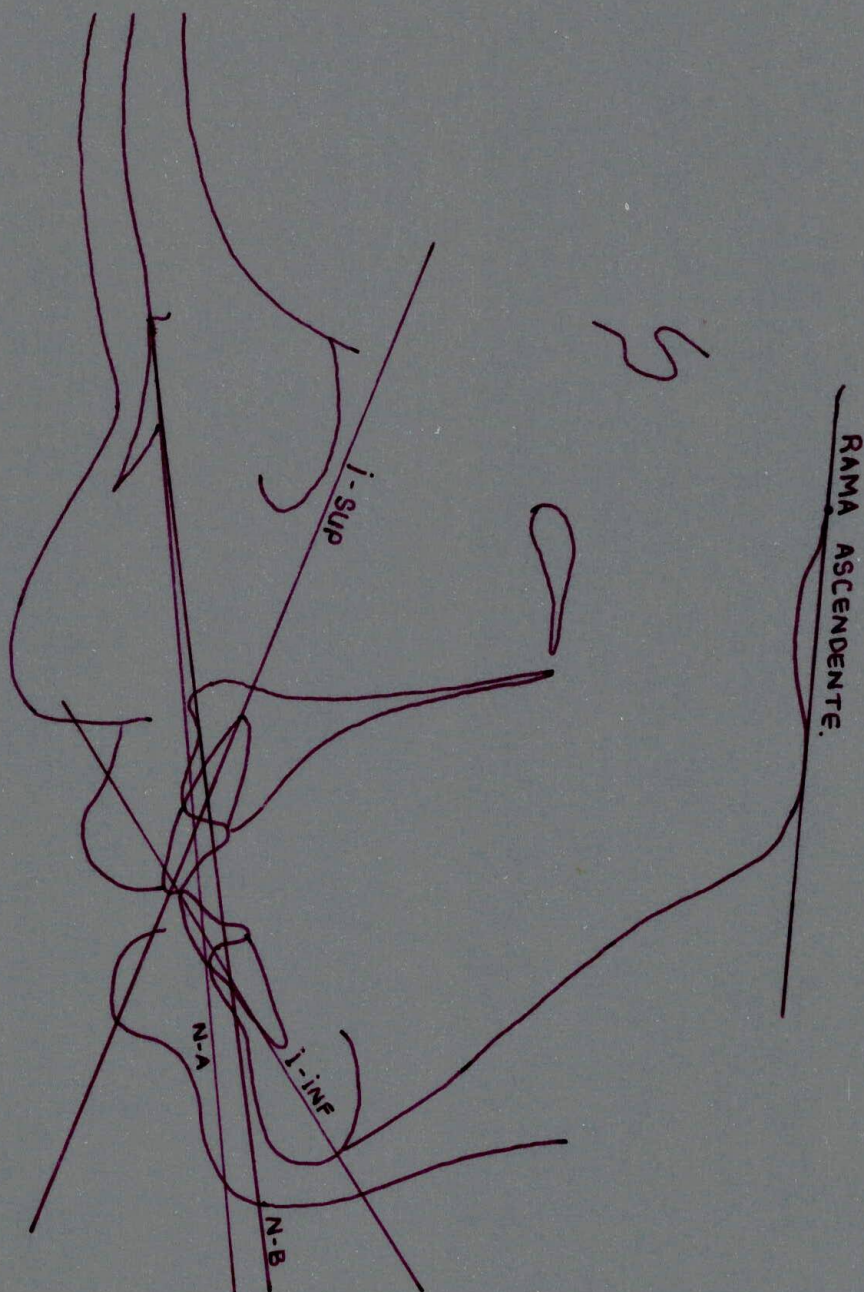
Es la línea que conencta el gnation con el punto S.

#### Plano Incisivo Superior:

Línea que sigue el eje longitudinal de un de los incisivos centrales superiores (el que éste más inclinado hacia adelante).



PLANOS CEFALOMETRICOS



(Figura 2a). Conjunto de Planos Verticales más utilizados.



### Plano Incisivo Inferior:

Línea que sigue el eje longitudinal de uno de los incisivos inferiores (el que éste más inclinado hacia adelante).

### ANGULOS Y MEDICIONES: (Figuras #3-4-5-6).

Los ángulos se forman por la intersección de los planos; y sus mediciones determinan la normalidad o la anormalidad de las partes estudiadas para poder así establecer un diagnóstico. Y saber si son anomalías de posición, volumen o forma de los maxilares, o de posición y dirección de los dientes. Los ángulos que nos permiten saber las anomalías de posición son:

#### Ángulos SNA:

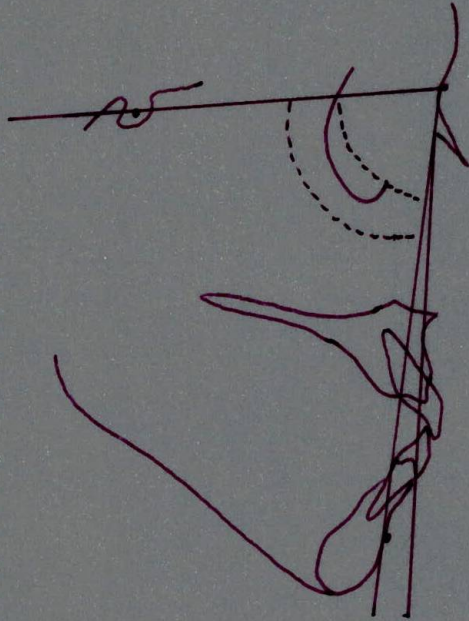
Es aquel formado por el plano Nasion-Centro de la silla turca y el plano Nasio-Punto A. Su valor normal es de 82 grados y su aumento o disminución nos permiten diagnosticar los prognatismos o retorgnatismos totales superiores.

#### Ángulo SNB:

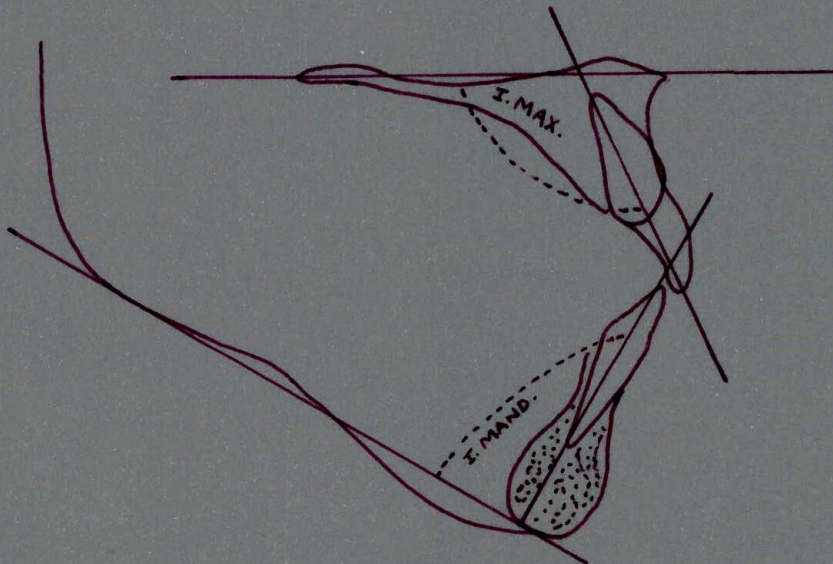
Es el formado por el plano Nasion-Centro de la silla turca y el plano Nasion-Punto B. Su valor normal es de 80 grados y nos permite diagnosticar el prognatismo y retrognatismo totales inferiores.



## ANGULOS Y MEDIDAS



(Figura 3). Angulo  $SNA = 82^\circ$ ,  $SNB = 80^\circ$  y  $ANB = 2^\circ$



(Figura 4). Angulo  $I. Max = 106^\circ$  a  $112^\circ$ , Angulo  $I-Mand = 85^\circ$  a  $93^\circ$



#### Angulo ANB:

Es el resultado de la diferencia entre los ángulos SNA y SNB. Está formado por el plano Nasion-Punto A y el plano Nasion-Punto B. Su valor normal es de 2 grados y nos sirve para comprobar la relación que debe existir entre el maxilar superior e inferior en sentido antero posterior.

#### Angulo Incisivomaxilar:

Formado por el plano maxilar superior y la línea que sigue el eje mayor de uno de los incisivos centrales superiores. Su valor normal es de 106 grados a 112 grados y permite diagnosticar los prognatismos o retrognatismos alveolares superiores.

#### Angulo Incisivomandibular:

Es aquel que esta formado por el plano mandibular y por la línea que sigue el eje mayor del incisivo central inferior que se encuentre en mayor inclinación hacia adelante en la imagen radiográfica. Su valor normal es de 85-93 grados y nos diagnostica prognatismo o retrognatismo alveolar inferior.

#### Angulo Maxilomandibular:

Formado por la intersección de los planos maxilar superior y mandibular. Su valor normal es de 25 grados y estudia la relación de ambos maxilares en sentido vertical.



Para saber las anomalías de los volúmenes de los maxilares, tenemos:

Medida de la base apical:

Es la distancia comprendida entre la parte más anterior del maxilar superior a la altura de los ápices de los incisivos centrales y la parte distal del ápice del segundo molar permanente. Su valor normal es de 37 a 43 mm la disminución o aumento de éste nos indicara si estamos frente a micrognatismo o a macrognatismo superiores.

Medida de la base apical inferior:

Se toma de la misma forma que el anterior pero en inferior. Su valor normal es de 45-52 mm y nos diagnostica micrognatismo o macrognatismo inferiores.

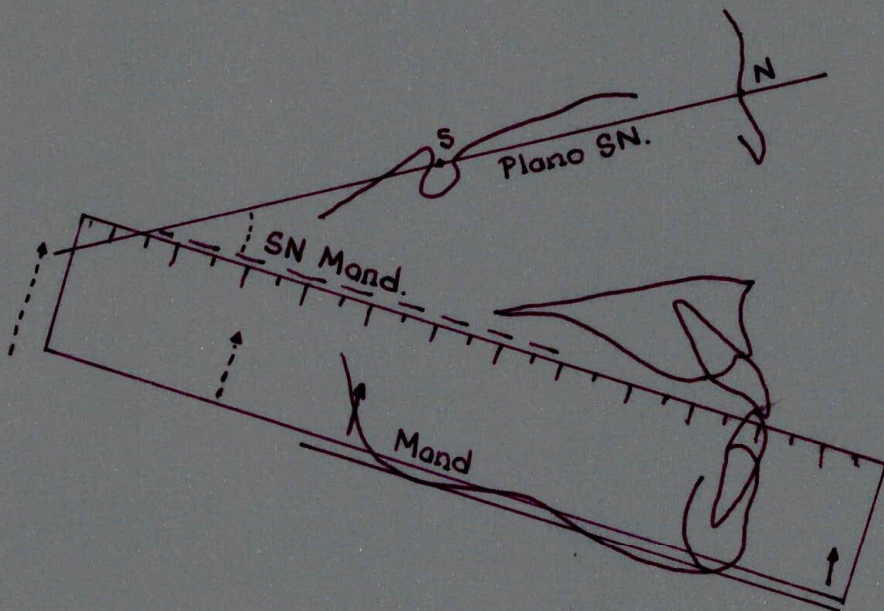
Angulo SN Mandibular:

Formado por el plano Nasion-Centro de la silla turca y el plano mandibular. Su valor normal es de 32 grados y relaciona la inclinación del cuerpo en la mandíbula con la base del cráneo. Cuando el valor se encuentra aumentado indica una retroinclinación mandibular debida a un menor desarrollo de la rama ascendente.

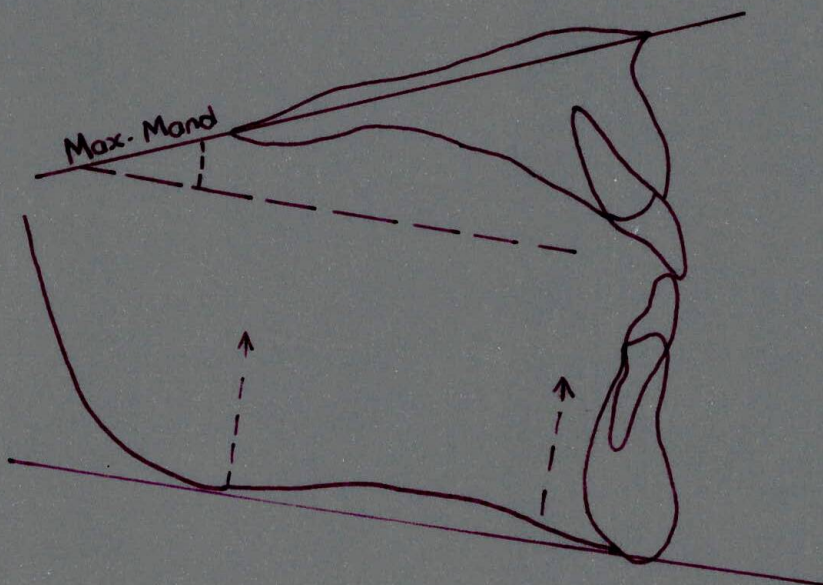
Para saber las anomalías de forma de los maxilares tenemos:



## ANGULOS Y MEDIDAS



(Figura 5). Angulo SN Mand =  $32^\circ$



(Figura 6). Angulo Maxilo-Mandibular =  $25^\circ$



### Angulo Goniaco:

Formado por el plano mandibular y el plano de la rama ascendente, tangente al borde posterior de la rama. Su valor normal es de 120-130 grados y su aumento nos diagnostica una hipergonia y en su defecto una hipogonia.

Esta anomalía no puede ser corregida ortodonicamente.

Las siguientes distancias nos diagnosticaran anomalías de posición y dirección de los dientes:

### Distancia NA 6/6:

Es aquella distancia comprendida entre el plano Nasion-Punto A y la cara mesial del primer molar superior. Su valor normal es de 27 mm y sirve para diagnosticar la mesogresion y distogresion de los primeros molares superiores.

### Distancia NA 6/6:

Es la distancia comprendida entre el plano Nasion-Punto B y la cara mesial del primer molar inferior. Su valor normal es de 25 mm y sirve para diagnosticar la mesogresion de los primeros molares inferiores.

### Distancia NA 1/1:

Es la distancia comprendida entre el plano Nasion-Punto A y el borde incisal del central superior. Su valor normal es de 4



mm, junto con el ángulo incisivomaxilar, esta medida nos ayuda en el diagnóstico de vestibuloversiones y linguoversiones superiores.

#### Distancia NB 1/1:

Es la distancia comprendida entre el plano Nasion-Punto B y el borde incisal del central inferior. Su valor normal es de 4 mm y junto con el ángulo incisomandibular nos ayuda en el diagnóstico de vestibuloversiones y linguoversiones inferiores.

#### CALCOS CEFALOMETRICOS:

Son los que se realizan cuando transcribimos al papel de acetato colocado sobre la teleradiografía lo que en ella aparece.

Para lograr un buen calco se deben cumplir las siguientes normas:

En el maxilar superior con un lápiz con punta fina, trazar.

1. El perfil facial desde un punto por encima de los senos frontales continuándolo hasta por debajo del menton.
2. Trazar los contornos del hueso frontal y de los de los huesos propios de la nariz dibujando el Nasion.
3. Trazar el reborde orbitario.



4. Trazar la espina nasal anterior siguiendo hacia abajo hasta encontrarse con el incisivo superior en el punto prostion.
5. Trazar la silueta del incisivo central superior que se encuentre situado más hacia adelante, y la del primer molar.
6. Se sigue el trazado que se había hecho en el número cuatro por detrás del incisivo superior siguiendo el contorno del paladar duro hasta la espina nasal posterior.
7. Dibujar la fosa Pterigomaxilar.

En la mandíbula debemos trazar las siguientes estructuras mandibulares:

1. Trazar la línea externa del borde posterior de la rama ascendente y el ángulo goniaco partiendo desde la parte más alta del cuello del cóndilo que pueda observarse. Seguir la misma línea por el borde inferior del cuerpo de la mandíbula y contorneando el menton hasta que se encuentre el incisivo inferior en el punto infradental.
2. Trazar la lámina interna de la sínfisis mentoniana hasta que se una con los incisivos inferiores por cara lingual.
3. Dibujar los dientes incisivos centrales y primeros molares superiores.
4. Trazar la cabeza del cóndilo.

#### Trazado de las estructuras craneales:

1. Trazar la lámina interna del hueso frontal con el seno



frontal.

2. Trazar el contorno de la silla turca con la apofisis clinoides anterior y posterior.

3. Seguir el trazo de la parte posterior de la base del craneo trazando el clivus desde la apofisis clinoides posterior hasta el punto basion.

4. Seguir el trazo de la parte anterior de la base del cráneo dibujando dos líneas: la superior, que sigue el borde de la orbita; y al inferior, que sigue la lámina cribiforme.



## 6. DESCRIPCION DE DISGNACIAS

### 1. Compresión Maxilar: (Filmina Nro. 14).

Disgnacia que se presenta en sentido transversal. Se caracteriza por la estrechez de los maxilares con Neutrooclusión, aunque también son frecuentes las mordidas cruzadas posteriores y Distooclusiones. Se presenta más comunmente en el maxilar superior y su incidencia es mayor en el arco anterior de ambos maxilares.

Etiologia: Debido más que todo a factores ambientales.  
(Ver filmina # 14 ).

### 2. Mordida Cruzada Unilateral: (Figura # 15).

Disgnacia que se presenta en sentido transversal.

Se caracteriza porque presenta oclusión invertida de incisivos o caninos o pueden involucrar a molares. Se puede hablar de Dextrognatismo; hacia la derecha o Levognatismo hacia la izquierda.

Etiologia: Se debe más que todo a habito como el de dormir de un sólo lado con la mano o el brazo debajo de la



cara. También por succión digital por un solo lado.

Se produce generalmente por:

- Compresión unilateral del maxilar superior.
- Expansión bilateral asimétrica o unilateral de la mandíbula.
- Compresión bilateral del maxilar con desplazamiento hacia un lado de la mandíbula.

Análisis facial: Asimetría por desviación al lado del problema.

En este tipo de disgnacia hablamos de los términos:

Levognatismo: Para indicar que la mordida cruzada es hacia el lado izquierdo.

Dextrognatismo: Para indicar que la mordida cruzada es hacia el lado derecho.

### 3. Mordida Cruzada Bilateral: (Filmina # 16).

Disgnacia que se presenta en sentido transversal.

Se caracteriza por mayor tamaño mandibular y linguooclusión de los dientes posteriores de las dos semiarcadas.

Su etiología puede ser genética; o por crecimiento transversal disminuido del maxilar superior, debido generalmente a crecimiento potencial detenido por



interferencias cuspideas o hábitos.

Análisis Facial: Puede existir desviación antero-posterior (prognatismo).

#### 4. Protusión Maxilar con Normooclusión:

Disgnacia que se presenta en sentido sagital.

Se caracteriza como su nombre lo dice por presentarse normooclusión y vestibuloversión de dientes anteriores superiores y cierre labial insuficiente.

Su etiología es un problema esquelético producido por respiración bucal, succión digital, lengua protáctil. También puede ser de origen genético.

La protusión generalmente se presenta acompañada de compresión transversal del maxilar superior.

#### 5. Protusión Maxilar Con Distooclusión: (Filmina # 18).

Disgnacia que se presenta en sentido sagital.

La protusión con retrusión mandibular llamada según Angle (Clase II), puede presentarse con diastemas (Division primera), y protusión con apiñamiento (Division segunda).

#### **Division Primera :** (Filmina # 19)

Se caracteriza por vestibuloversión de incisivos



superiores y compresión maxilar.

Etiología: puede ser de origen genético ó también se producida por respiración bucal, succión digital, lengua protáctil.

Análisis Facial: Perfil convejo.

**Division Segunda:** (Filmina # 20).

Se caracteriza por linguooclusión de incisivos superiores y apiñamiento. Los superiores ocultan casi completamente los inferiores.

Su etiología es un problema esquelético el cual se inicia con una mordida profunda.

Análisis de perfil: Perfil Convejo.

**6. Progenie Falza Forzada o con Adelantamiento:** (Filmina # 21).

Disgnacia que se presenta en sentido sagital.

Se caracteriza por ser de tipo funcional, se diferencia del verdadero prognatismo cuando al pedir, al paciente que coloque la punta de la lengua en la parte posterior del paladar y cierre tratando de poner los dientes anteriores en contacto, lo logra.

Etiología: Se debe a la posición postural innadecuada de la mandíbula, ya sea por hábitos, interferencias



oclusales y en algunos casos por pérdida prematura de incisivos temporales superiores.

Análisis Facial: Apariencia Prognática. Perfil casi cóncavo.

7. Progenie Verdadera o Genuina: (Filmina # 22).

Disgnacia que se presenta en sentido sagital conocida como la clase III de Angle.

Se caracteriza por Mesooclusión con mandíbula y menton prominente, ángulo mandibular generalmente muy abierto. Hay compresión maxilar, sobreclusión o mordida abierta, macroglosia que lleva a desplazamiento de incisivos inferiores o diastemos.

Etiologia: Es un problema de tipo esquelético cuya causa es genética en la mayoría de los casos, aunque también puede deberse a causas locales o a una combinación de ambos.

Análisis Facial: Tercio inferior de la cara que trae como consecuencia un perfil cóncavo.

8. Pseudo Progenie: (Filmina # 23).

Disgnacia que se presenta en sentido sagital.

Se caracteriza por falta de crecimiento anterior del maxilar y/o retroposición con la mandíbula normal.



Este tipo de disgnacia puede mostrar el mismo cuadro que la forzada progenica pero sin posibilidad de retrusión mandibular.

Su etiología se puede deber a causas locales como son exodancias de dientes superiores o primeros premolares cuando la oclusión con los inferiores tienen tendencia al borde.

Análisis del Perfil: Perfil cóncavo por menor desarrollo del tercio medio de la cara.

9. Biprotrusión: (Filmina # 24).

Disgnacia que se presenta en sentido sagital y que puede ser de dos tipos: Alveolodentaria y Basal.

Se caracteriza por protusión de ambos maxilares (superior e inferior).

Su etiología puede ser de tipo hereditario y/o constitucional.

Análisis de Perfil: Perfil convexo.

10. Mordida Abierta Anterior: (Filmina # 25).

Disgnacia que se presenta en sentido vertical.

Se caracteriza por interdigitación vertical pobre, no alcanzando a contactar las dos arcadas en el segmento anterior, inclusive dejando espacio entre ellos.



Puede ser de dos tipos: Mordida abierta dentoalveolar producida por presión o succión lingual. Y mordida abierta basal, caracterizada por ángulo goniaco muy abierto (mayor de 130 grados para mayores de siete años), y la rama ascendente sufre un acortamiento. No se produce cierre bucal porque el labio superior es muy corto.

Etiología: en la de tipo Dentoalveolar como dijimos anteriormente se debe a succión digital y/o presión lingual.

La de tipo esqueletal, se puede deber a fijación de hábitos nocivos durante el recambio dentario anterior.

Hay casos en que una mordida abierta es sintoma de enfermedades graves como: raquitismo, displasia ósea densa, o problemas esqueléticos como micrognatia inferior.

Análisis Facial: La proporción inferior de la cara puede estar aumentada.

#### 11. Mordida Abierta Posterior: (Filmina # 26).

Disgnacia que se presenta en sentido vertical.

Se caracteriza por la falta de contacto en las relaciones dentarias posteriores. Puede ser uni o bilateral.

La Etiología se debe principalmente a retenciones de dientes temporales (sumergidos) o permanentes; algunos



atribuyen a que también puede producirse a interposición de la lengua en sectores posteriores.

Analisis Facial: Posible deformación vertical posterior.

12. Sobreoclusión o Mordida Profunda Anterior: (Filmina # 27).

Disgnacia que se presenta en sentido vertical.

Se caracteriza porque los dientes anteriores superiores sobrepasan el tercio incisal inferior inclusive puede llegar a contactar con la mucosa vestibular inferior.

Es conocida también con los nombres de OVERBITE é HIPEROCLUSION.

El entrecruzamiento producido es posible por ser el maxilar superior mas amplio.

Etiología pérdida prematura del molar de los seis años que es el encargado de mantener la altura vertical, también por pérdida prematura de molares temporales, sobreerupción de incisivos inferiores y/o superiores, ángulo gonioco disminuido, falta de desarrollo de la rama horizontal del maximo inferior.

Análisis Facial: Proporción inferior de la cara disminuida.



## 7. PRONOSTICO

Palabra griega Pronostikos que significa prenoción.

El pronóstico es de tipo favorable o desfavorable y depende de factores como son, la division de las anomalías dentofaciales en Eugnáticos y disgnacias lo cual significa Eugnática o sea maxilares normales es decir cuando existen anomalías de posición, forma y volumen pero que se limitan a la areas dentales y al proceso alveolar. En estos casos el pronóstico es favorable.

Disgnaticos que significa enfermedad o desviación de lo normal del maxilar y en estos casos el pronostico es desfavorable ya que no podemos corregir muchas veces las desviaciones en cuanto a forma y volumen de los maxilares por medio de los elementos de que disponemos.

Por tanto para el pronóstico debemos enfocar en primer lugar si las anomalías corresponden solamente a los grupos de tejidos blandos, dientes y oclusión Eugnática, o a los grupos de los maxilares y a las articulaciones disgnática.

En segundo lugar falta de cooperación del paciente, ya que no



podemos hacer un tratamiento continuado debido a ruptura, perdida o negligencia por parte del paciente en el uso del aparato.

Exactitud del Diagnóstico: Un diagnóstico realizado puede darnos un diagnóstico desfavorable.

Condiciones del paciente: La edad, ya que si realizamos el tratamiento en periodos de crecimiento rápido se pueden obtener resultados mucho más satisfactorios que si el tratamiento se realiza en etapa de crecimiento lento.

Estado de salud general: Las enfermedades del paciente, sobre todo la tendencia a la caries dentaria pueden ser un factor muy desfavorable en cuanto a pronóstico del tratamiento.





## 8. FORMAS DE TRATAMIENTO TEMPRANO

El tratamiento puede ser:

### Educacion Oral

Enseñándole al niño una buena higiene, un buen cepillado y por ende un buen control de placa.

### Médico:

Haciendo que los padres lleven al niño al médico en caso de presentar problemas de tipo general que puedan afectar el crecimiento o desarrollo normal del niño.

### Psicológico:

El profesional odontólogo debe examinar el comportamiento del niño y ver como inciden los factores intrínsecos y extrínsecos en él.

Es muy importante conocer los cambios en el niño sucedidos para poder ganarse la confianza de él.



### Quirúrgico:

Por medio de extracciones, frenillectomias, eliminación de quistes, haciendo recortes gingivales para acelerar erupción.

### Mioterápico:

Por medio de ejercicios para restaurar la función normal de los tejidos blandos, restableciendo de esta forma, el equilibrio bucal. En caso de que no nos de resultado remitir al paciente al foniotra o terapeuta del lenguaje.

### Protésico:

Colocando restauraciones protésicas con el fin de reemplazar dientes perdidos o malformados.

### Mecánico:

Mediante la elaboración de aparatos para la corrección o prevención de las anomalías bucodentales. Estos aparatos deben ser sencillos y procurando que no interrumpan las funciones normales, especialmente la fonación.



## 9. TRATAMIENTO DE LAS DISGNACIAS

### 1. COMPRESION DE LOS MAXILARES

#### a. Con Apifalls Ligeros:

El tratamiento para este tipo de disgnacia puede mejorarse por medio de un ligero tallado selectivo especialmente a nivel de caninos, y haciendo expansion de los maxilares por medio de Ejemplo: Placa de expansion de Schwars; (Filmina # 29) la cual lleva un arco vestibular, un tornillo de expansion, unos ganchos de torres que lo sostienen en la parte posterior y una parte acrilica que da la conformación del aparato.

En el maximo inferior también se utiliza la misma placa, cuya confección de diferencia de la otra por llevar esta unos escudos vestibulares con acrilico, pero que deben ir separados 1 o 2 mm de la cara vestibular de los dientes inferiores.

Kinetor de Stockfish el cual permite movimientos de lateralidad, impiden la presion del buccinador y corrigen la posicion de la mandibula y la oclusion. (Ver construccion en filmina # 28).



b. **Con Protrusión Maxilar:**

El tratamiento para esta disgnacia seria también la placa de Schwarz pero modificada, la cual tiene como objetivo no solo expandir los maxilares sino también retruir los incisivos superiores. Puede tambien tratarse con el aparato de Crozat. (Filmina # 30). Y con el kinetor de Stockfish.

2. MORDIDA CRUZADA BILATERAL:

El tratamiento varia de acuerdo al tipo de dentadura; para temporales y primera fase de recambio se recomienda la placa de expansión para mordidas cruzadas, el tornillo se coloca más cerca de la parte que presenta menor desarrollo.

La placa para el maxilar inferior se realiza de igual manera que cualquiera para el maxilar inferior, sólo que en ésta el arco vestibular debe ir en el tercio medio de los incisivos si se requiere disminuir la presión del labio inferior, lleva gancho por lingual y no tiene elementos de retención, su única retención la dan los ganchos linguales, el arco vestibular y la parte acrilica. Luego se hara un rodete para mordida, y estando los dos aparatos superior e inferior en boca, posteriormente uniremos con acrilico los dos aparatos por lingual.

3. MORDIDA CRUZADA POSTERIOR:

Si la disgnacia se debe a problemas dentarios como



contactos prematuros entonces procederemos a eliminarlos por tallos simples.

En caso de necesitar aparatología entonces usaremos la Placa de Expansión Coronal compuesta por ganchos de retención; Arco Vestibular y acrilico; y tornillo de expansión. (Filmina # 31).

El aparato debe colocarse en boca una o dos semanas antes de activar el tornillo; el cual a partir de ese momento se activara cada ocho días y debe usarse día y noche y si es posible en las comidas.

Se cree que se produce una expansion de 1 mm por mes.

También se puede tratar por medio de ortodoncia mediante la colocación de bandas de ortodoncia y gomas gruesas las cuales se colocaran de acuerdo al sentido de la disgnacia. (ver filmina #32).

#### 4. MORDIDA CRUZADA ANTERIOR:

El TTO dependerá si este síndrome es generalizado o localizado entendiendose con estos términos A:localizado cuando uno, dos, tres dientes están en linguooclusión y B: Generalizado cuando involucra cuatro o mas dientes.

Si es localizado entonces ver si se produce por linguoversion anteroposterior o por vestibuloversion de anteroinferiores y se define cual es el diente en peor situación y se procede a tratarla.



El TTO se hará por medio de un bajalenguas o placa de mordida con resortes la cual se colocará entre los dientes teniendo como punto de apoyo los dientes inferiores. El paciente presionara hacia el vestibulo el diente a corregir por el término de media hora y el diente gradualmente "salta" la mordida, en caso de que esta no se suceda entonces se le dice al paciente que repita el ejercicio por quince o veinte segundos despues de las comidas.

Por medio de placa acrilica con resortes, que es una placa de Hawley a la cual se le han adicionado resortes en dedo ó en T para permitir movimientos dentarios (Ver filmina #33).

Por medio del plano inclinado (Filmina # 34), el cual sera utilizado solo en mordidas cruzadas anteriores que sobrepasen el tercio incisal, ya que ésta abre la mordida debido a que los dientes posteriores quedan en inoclusión entonces dichos dientes siguen haciendo erupción.

TTO ortodontico por medio de un aparato de arco de canto con embandall total y gomas intermaxilares para adelantar a los incisivos superiores (Ver filmina # 35).

Generalizada : Mentonera. (Ver filmina # 36).

##### 5. PROTUSION MAXILAR CON NORMOOCLUSION:

Esta disgancia puede presentarse A. Con diastemas y B. Con apiñall.



La protusion con diastemas puede relacionarse con acortall o elongación del sector frontal inferior.

Se caracteriza fundamentalmente por cierre labial insuficiente de incisivos inferiores.

El aparato elegido puede ser el modelador de Bimler, (Figura # 37), regulador de función de Frankel (Figura # 38) o un activador. (Figura # 39).

El aparato de Bimler consta de dos de dos arcos uno inferior y superior, un resorte de conffin, resortes frontales superiores e inferiores y un escudo vestibular inferior.

Este aparato produce una activacion casi automatica, los movimientos de la deglución y lateralidad activarán el conffin presionando el acrilico en sentido transversal del maxilar superior y a la vez tensionara hacia lingual el arco vestibular superior para retruir los incisivos en ese sentido.

En caso de que se trate esta anomalia en estadio muy tarde entonces pueden ser tratados con placas activas y tornillo de expansión, también se puede tratar mediante tratamiento ortodontico con bandas y gomas que hagan tracción posterior.

La protusión con apiñamiento: En estos casos debemos pensar en la exodoncia de premolares especialmente de los primeros y posterior TTO ortodontico para producir alineación de los dientes.



## 6. PROTUSION CON DISTOCLUSION:

También su tratamiento depende a la division a que pertenece:

1. Con diostemas
2. Con apiñall

En el primer caso hay Vêstibulo Version de incisivos superiores y comprension maxilar, los labios están separados, y los pacientes son generalmente respiradores bucales.

El TTO podria hacerse por medio de : Activador abierto de Klammt, (Filmina # 40) el regulador de fin de Frankel ubicado fundamentalmente en el vestibulo bucal ubicado fundamentalmente en el vestibulo bucal con escudos inferiores para estimular el crecimiento anterior de la mandibula. Además provoca distencion y activacion de los musculos.

También con placas de Stefanelli (Filmina # 41), lo cual permite fuerzas hacia adelante en la amndibula arriba y luego atrás en el maxilar con el fin de estimular el crecimiento inferior y retribuir el maxilar superior.

## 7. PROGENIE FALSA FORZADA O CON ADELANTAMIENTO MANDIBULAR:

Su tratamiento podria realizarse mediante el uso de aparatos como el activador abierto con arco de progenie,



(Filmina # 42) Kinctor de Stockfish bionator de Balters (Filmina # 43), tambien con el uso de una mentonera la cual nos previene o trata una futura progenie verdadera.

En casos tardíos puede tratarse con la placa superior, arco de progenie (Filmina # 42) y acrilico oclusal, especialmente cuando existe desplazamiento mandibular.

En ciertos casos podemos usar los planos inclinados pero por corto tiempo.

#### 8. PROGENIE VERDADERA O GENUINA:

Los aparatos elegidos en estos casos seran el Kinetar de Stockfish o el modelador de Bimler con arco de progenie para dentadura temporal.

Para dentadura permanente se recomienda el empleo del bionator de Balters el cual suministra un espacio funcional máximo para la lengua en el maxilar superior, debido a la porcion de acrilico en esa zona, entonces desplaza a la lengua de su posicion inferior e impide la presion habitual de la misma sobre la mandibula.

#### 9. PSEUDO PROGENIE:

Este tipo de disgnacia se puede tratar con el aparato de J Delaire. (Filmina # 44) La tracción anterior del maxilar estimula el crecimiento hacia adelante y abajo si fuera necesario, con los elasticos fijados a la altura de



los caninos por medio de un aparato fijo o removible.

#### 10. BIPROTUSION:

Tanto el tratamiento temprano como el tardio puede ser realizado con aparatos funcionales como el Bionator, Kinetor, activador abierto con rejilla anterior (Filmina # 45) para impedir la interposición lingual, tan frecuente en estos casos. También podemos tratarla mediante exodoncias seriadas y tracción posterior, por medio de una placa ubicada en el vestibulo bucal fijada en la region occipital por medio de esásticos.

También se puede hacer por medio de extraccion de premolares y distalacion de caninos con utilizacion de fuerzas de traccion posterior. (ver filmina # 46).

#### 11. MORDIDA ABIERTA ANTERIOR:

El tratamiento normal se realizará con aparatos normales como el activador, con retilla lingual y bionator.

Cuando la lengua es demasiado grande (macroglusia) se debe pensar en hacerle cirugia ya que de lo contrario esta seguirá haciendo presion y perderemos el TTo.

En algunos casos resulta útil el uso de un sencillo aparato recordatorio, que consiste en una delgada placa que cubre el paladar, con un hueco detrás de los incisivos maxilares en el area donde se ha de poner la punta de la



lengua durante la deglucion. A menudo puede combinarse un recordador con un aparato de tipo Hawley, de modo que los dientes sedientes y separados puedan llevarse hacia atrás y abajo en oclusion media que disminuye la intensidad del hábito.

Si el esquelético y el ángulo Sn mandibular es de menos de 32 grados entonces se tratara con mentonera con fuerza vertical de dos o tres libras por lado y se usara por 12 o 24 horas.

Por medio de Lorackets en todos los dientes, los cuales van unidos, entre si por los arcos y colocamos un elastico sobre los brackets de incisivos superiores e inferiores. (ver filmina # 47).

## 12. MORDIDA ABIERTA POSTERIOR:

El tratamiento normal puede realizarse con activador o bionator con el fin de impedir la interposicion llingual.

Tambien puede tratarse con una placa de Hawley con prolongacion acrilica que impide que la lengua se interponga entre las arcadas dentarias.

Tambien puede usarse una rejilla e inclusive puede ayudarse ejerciendo presion por intermedio de ligas interdentes, mediante la colocación de brackets con resinas, estos se uniran entre si por un alambre para que se haga una buena unidad de anclaje. De los brackets partiran los elasticos de manera que actuen individualmente



sobre cada diente incluido. (Filmina # 48).

### 13. SOBRECCLUSION

El tratamiento de esta disgnacia puede realizarse con el activador de paladar abierto con superficie incisal de acrilico (Filmina # 49) en la cual hacen contacto incisivos superiores e inferiores, en cambio en premolares y molares el acrilico gingival debe aliviarse para permitir la egresion de los mismos.

Tambien puede tratarse con la placa biofuncional que es un aparato ortopedico de reducidas dimensiones , ubicado en la parte anterior del maxilar superior y se extiende por las paredes palatinas de canino a canino.

Estas dignacias pueden ser tratadas con el Kinetor de Stockfisch y el regulador funcional de Frankel. (Filmina # 50).



## APARATOS MAS USADOS EN TRATAMIENTOS DE DISGNACIAS

### DISGNACIAS TRANSVERSALES

- Comprensión Maxilar: Kinetor Stockfisch  
Placas activas  
Activadores  
Placas Planas  
Aparato de Crozat  
Modelador de Bimles  
Placas de Schwarz  
Regulador Funcional Frankel
- Mordida cruzada Unilateral: Placas Activas  
Activadores
- Mordida cruzada Bilateral: Placas Activas  
Aparatos de Disyunción  
Kinetor de Stockfisch

### DISGNACIAS SAGITALES

- Protrusión Superior: Placa Psicofuncional  
Placas Activas  
Kinetor de Stockfisch  
Modelador de Bimles  
Traccion Posterior  
Aparatos Fijos
- Progenie: Placa arco de progenie  
Mentonera  
Traccion anterior  
Bionator de Balters  
Aparatos Fijos  
Rejilla Lingua inferior



## 10. PRESENTACION CASOS CLINICOS

### CASO 1:

Malocclusión Clase II División 2 más apftal dent inf y  
Aumento de Dimensión Vertical.

Paciente de sexo femenino, edad 50 años, que consultó por  
cambios en el contorno facial.

### Hallazgos Clínicos:

Apiftamiento de incisivos inferiores, Prótesis Parcial Fija  
reemplazaba lateras superior izquierdo, exclusión de Segundo  
premolar y Primer molar irquierdos curvas de Spee  
exageradamente aumentadas, movilidad de dientes posteriores  
superiores. Ausencia de Segundos premolar y Primer molar  
inferior izquierdo, palatovesion de Incisivos Superiores.

### Hallazgos radiográficos:

Reabsorción del hueso alveolos tanto en forma vertical como  
horizontal, ensanchamiento del ligamento periodontal.

### Diagnóstico :

Maloclusión de Clase II Division Segunda y Dimensión  
Vertical aumentada.



## CASO 2:

### **PSEUDOMESOOCLUSION**

Paciente de sexo femenino, de 27 años de edad.

#### Hallazgo Clínico:

Ausencia de los primeros y segundos molares superiores e inferiores, por lo tanto los premolares adyacentes se habían inclinado hacia distal y los terceros molares inclinados hacia mesial. Presentaba diastemas entre central y lateral y lateral y central de ambos lados. Había extrusiones, rotaciones, línea media desplazada hacia el lado derecho y curvas de Spee exageradas.

#### Hallazgo Radiografico:

Se ve una modera reabsorsion del hueso alveolar tanto horizontal como vertical, que se hace mas avanzada en terceros molares inferiores. Se evidencia cierta reabsorcion en los apices de los premolares. Los espacios desdentados se ven obliterados.

#### Diagnostico :

Pseudomesooclusion



## BIBLIOGRAFIA

- 1        ORDONEZ RUEDA , D.: "Ortopedia Maxilar y Antropologia Biologica" . Primera Edicion. Edit Monserrate 1984. Colombia.
- 2        ARISTEGUIETA E, R.: "Ortodoncia Preventiva Clinica " . Primera Edicion . Edit Monserrate 1985. Colombia.
- 3        HOTZ, R.: "Ortodoncia en la Practica Diaria". Segunda Edicion. Edit Cientifico - Medica. 1974. Barcelona.
- 4        MOYERS, R.: "Tratado de Ortodoncia " . Primera Edicion. Edit. Interamericana 1960.
- 5        MAYORAL, J; MAYORAL, G, ; MAYORAL, P.: "Ortodoncia, Principios Fundamentales y Practica. " Tercera Edicion. Edit. Labor S.A. 1984. Barcelona.



- 6 GRABER , T.M.: "Ortodoncia." Edit Interamericana.  
Mexico 1974.
- 7 MORRIS, A. BOHANNAN, H.: "Las Especialidades  
Odontologicas en la Practica General". Quinta  
Edicion. Edit. Labor S.A. 1985. Mexico.
- 8 SEIDE.: "Odontologia Restauradora ". Primera Edicion.  
Edit. Medica Panamericana. 1983. Buenos Aires.

