

**CASO CLINICO
(ODONTOLOGIA INTEGRADA)**

**YENNY CAROLINA ESPITIA ORTIZ
GABRIEL ALEXANDER GUZMAN MEJIA
ANDREA CAROLINA MARTINEZ PORTILLO
BARBARA YULIETH ORTEGA AGUDELO
ALBERTO CARLOS ROMERO DANGOND**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA, D.C.
2004**

**CASO CLINICO
(ODONTOLOGIA INTEGRADA)**

**YENNY CAROLINA ESPITIA ORTIZ
GABRIEL ALEXANDER GUZMAN MEJIA
ANDREA CAROLINA MARTINEZ PORTILLO
BARBARA YULIETH ORTEGA AGUDELO
ALBERTO CARLOS ROMERO DANGOND**

**Presentado a:
DRA. NERY VILLOTA ZUÑIGA**

**COLEGIO ODONTOLOGICO COLOMBIANO
BOGOTA, D.C.
2004**

TABLA DE CONTENIDO

INTRODUCCION

1. OBJETIVOS

1.1 General

1.2 Específicos

2. HISTORIA CLINICA

2.1 Información general

2.2 Historia medica

2.2.1 Examen fisico general

2.3 Historia dental

2.4 Fisioterapia oral

2.5 Examen clínico

2.5.1 Evaluación estática

2.5.2 Evaluación dinámica

2.5.3 Examen articulación temporomandibular

2.6 Análisis facial

2.7 Análisis de tejidos blandos

2.8 Examen dentario

2.9 Interpretación radiográfica

2.10 Diagnósticos

2.11 Plan de tratamiento ideal

2.12 Tratamiento a realizar

2.13 Evidencia científica

2.13.1 Coronas totalmente cerámicas

2.13.2 Coronas metal-cerámicas

2.13.3 Restauración de dientes tratados endodónticamente

2.13.4 Fractura coronal complicada

2.13.5 Mordida cruzada posterior

3. CONCLUSIONES

BIBLIOGRAFIA

INTRODUCCION

Una de las principales características para hacer una adecuada rehabilitación oral es la integralidad del tratamiento, queriendo decir esto que el paciente es un todo y como tal hay que pensar en su salud general y por supuesto su salud oral.

Siendo este un paciente joven vemos la necesidad de restablecer la estética y la funcionalidad que ha sido afectada por la compresión del maxilar superior presentándose una mordida cruzada posterior unilateral y mordida cruzada localizada anterior. En estas condiciones para restaurar el paciente es necesario realizar un buen plan de tratamiento, empezando por valoración ortodóntica. Con una buena cefalometria y con unos buenos diagnósticos en este caso según Steiner modificado. Luego de terminado el tratamiento de ortodoncia se procede a realizar el tratamiento prostodóntico como tal.

1. OBJETIVOS

1.1 General

Mencionar las diferentes alternativas para rehabilitar un paciente con necesidad ortodóntica, que además presentó trauma dentoalveolar con fractura complicada de corona.

1.2 Específicos

- ❖ Conocer los tratamientos alternativos de ortodoncia para corregir una mordida cruzada.
- ❖ Mencionar los diferentes tipos de retenedores intrarradiculares.
- ❖ Describir las diversas alternativas para restaurar un diente individual con prostodoncia fija.

2. HISTORIA CLINICA

2.1 INFORMACION GENERAL

*NOMBRE : Hernandez Fernandez Arnold

*EDAD : 19 años

*RAZA : Mestiza

*ESTADO CIVIL : Soltero

*OCUPACION : Desempleado

*MOTIVO DE CONSULTA : Paciente refiere: "Se me fracturo el diente en un accidente y quiero arreglarlo"

2.2 HISTORIA MEDICA

*FAMILIAR : Madre hipertensa, controlada

*PERSONAL : Fractura del brazo izquierdo (muñeca) hace 3 años, tratado sin complicaciones.

Acné juvenil

*ANTECEDENTES PSICOLOGICOS : No reporta.

Dentro de la clasificación psicológica es un paciente filosófico.

2.2.1 EXAMEN FISICO GENERAL

*PRESION ARTERIAL : 115/65mmHg

*PULSO : 64 pulsaciones por minuto

*PESO : 65 kilogramos

*TEMPERATURA : 37grados centigrados

2.3 HISTORIA DENTAL

*PERIODONCIA : Terapia Básica en todos los sextante

*CIRUGIA ORAL : Exodoncias metodo cerrado diente 15 y 25

*ENDODONCIA : Extirpación del diente 11 y 21

*OPERATORIA : Amalgamas en dientes: 16(o), 14(o), 26(o), 24(o), 36(o)(v),

46(o)(v).

Resina en diente: 35(o).

2.4 FISIOTERAPIA ORAL

*FRECUENCIA DE CEPILLADO : 3 veces al día

*TECNICA : Combinada

*TIPO DE CEPILLO : Pro 4 – 25 adultos

*DENTIFRICO : Colgate Total

2.5 EXAMEN CLINICO

EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

2.5.1 EVALUACION ESTATICA

*CLASIFICACIÓN DE ANGLE : Clase III izquierda y derecha

*OVERBITE : 1mm

*OVERJET : 1mm

*RELACION CANINA : Clase III derecha e izquierda

2.5.2 EVALUACION DINAMICA

*LATERALIDAD DERECHA : 5mm

*LATERALIDAD IZQUIERDA : 5mm

*PROTRUSION : 5mm

2.5.3 EXAMEN DE ARTICULACION TEMPOROMANDIBULAR

*DOLOR MUSCULAR : No refiere

*DOLOR ATM : No refiere

*ALTERACION EN MOVIMIENTO : No presenta

*RUIDO ARTICULAR : No presenta

*HABITO : No refiere

*DESARMONIAS OCLUSALES : apiñamiento dental, amalgamas y resinas
desadaptadas, facetas de desgaste: 13, 12, 11, 21, 22, 23.

*MORDIDA CRUZADA POSTERIOR UNILATERAL DERECHA

*MORDIDA LOCALIZADA : entre 12 - 43 y 22 -33

2.6 ANALISIS FACIAL

*PERFIL : Convexo

*SIMETRIA FACIAL

2.7 ANALISIS DE TEJIDOS BLANDOS

*Labios, carrillos, surco vestibular, reborde alveolar, gingiva, lengua, piso de boca, frenillos, paladar duro, paladar blando, amígdalas y glándulas salivales, aparentemente normales.

2.8 EXAMEN DENTARIO

ODONTOGRAMA

*AUSENTES : 15, 25, 38

*RESTAURACIONES DESADAPTADAS : Amalgama 16(o), 14(o), 26(o), 24(o), 36(o)(v), 46(o)(v). Resina 35(o).

*CARIES ACTIVA CAVITADA : 17(o), 27(o)(p), 22(p), 21(p), 37(o)(v), 47(o).

*FRACTURA CORONAL : 11

2.9 INTERPRETACION RADIOGRAFICA

*18, 28, 38, 48 : Zona radiopaca compatible con molares parcialmente erupcionados . 18, 38, 28, se observan en posición horizontal y localización B; 48, se observa en posición vertical, localización A.

*Zona RO a nivel coronal compatible con restauración plástica en los dientes 16, 14, 24, 26, 36, 46.

*Zona RL a nivel coronal compatible con caries en el diente 21,27.

*Zona RL a nivel coronal del diente 11 posible fractura coronal, zona RL a nivel apical compatible con lesión apical

*Estructuras anatomicas aparentemente normales.

2.10 DIAGNOSTICOS

*GENERALES : Paciente sano.

*CRANEOMANDIBULARES ; Paciente sano

*ORALES, TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS ; Paciente sano

*PERIODONTALES : Paciente sano

*DENTALES : Caries activa cavitada y caries secundaria. Etiologia: streptococo mutans y restauraciones desadaptadas.

*ENDODONTICOS : Periodontitis apical crónica supurariva, diente 11 y 21.
Etiologia : Trauma directo dentoalveolar.

2.11 PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

*PERIODONCIA : Profilaxis

*CIRUGIA : Exodoncia 18, 28,38, 48,

*ENDODONCIA : Tratamiento convencional de conductos – 11 y 21

*OPERATORIA : *Amalgamas 17(o), 16(o), 14(o), 27(o), 26(o), 24(o), 37(o), 36(o), 46(o), 47(o).

*Resinas 21(p), 22(p), 27(p), 37(v), 46(v).

*PROSTODONCIA : Retenedor intrarradicular en fibra de vidrio del diente 11, provisional en termocurado.

*ORTODONCIA : Correctiva fija en maxilar superior e inferior.

*PROSTODONCIA: Corona completa ceramica en zirconia. (Al finalizar el tratamiento de ortodoncia).

2.12 TRATAMIENTO A REALIZAR

*PERIODONCIA : Profilaxis

*CIRUGIA : Exodoncia método cerrado – 18, 28, 48

*ENDODONCIA : Tratamiento convencional de conductos – 11 y 21

*OPERATORIA : Amalgamas 17(o), 16(o), 14(o), 27(o), 26(o), 24(o), 37(o), 36(o), 46(o), 47(o). Resinas 21(p), 22(p), 27(p), 37(v), 46(v).

*PROSTODONCIA: Retenedor intrarradicular y corona completa combinada

11

*PERIODONCIA : Terapia de soporte periodontal

2.13 EVIDENCIA CIENTIFICA

2.13.1 CORONAS TOTALMENTE CERAMICAS

2.13.1.1 HISTORIA

La primera corona totalmente de cerámica fue desarrollada por Land en 1886 y se denominó corona jacket de porcelana (CJP) (Land CH.I independent pract 1886: 7:407). Durante muchas épocas, se considero la restauración de recubrimiento completo mas estética que podía ofrecer la odontología. La CJP se realizaba a partir de porcelanas de alta fusión con una lamina de platino como soporte durante la cocción. Durante la función, constituía el soporte de la preparación dentaria subyacente. Debido a la tendencia a la fractura de este tipo de restauración, su uso solía limitarse a restauraciones anteriores unitarias, sobre todo en incisivos.

Al aumentar la demanda de coronas mas naturales, en los últimos años los odontólogos y fabricantes de porcelanas han investigado diferentes métodos para reforzar las cerámicas con el objetivo final de conseguir un material cerámico que tenga no solo un alto nivel estético y de aceptación de los tejidos blandos, sino también la suficiente fuerza para permitir la fabricación

de prótesis parciales fijas. McLean y Hughes desarrollaron la primera corona jacket de porcelana con una cofia interna de alumina que a su vez estaba soportada sobre una matriz de platino estañado. (McLean JW, Sced IR. *Aus Dent J* 1976; 21:119-127.). Una desventaja de este tipo de restauración era la translucidez del platino a la superficie de la corona disminuyendo su estética.

Posteriormente se desarrollo el sistema Cerestore, que fundía como matriz cristales de oxido de aluminio con material cerámico y se inyectaba en un molde o matriz el cual se calentaba toda la noche, se retiraba la cofia y se revestía con porcelana convencional. El problema de este sistema era la contracción del material produciendo desadaptaciones marginales comprometiendo la estética de la corona.

En los años 80 se desarrollo el sistema Dycor que emplea una cerámica vítrea colable (Adair PJ y col. *Periodont rest dent* 1984; 4(2):32-45). Este sistema entro en desuso rápidamente por los altos fracasos en las regiones posteriores de la boca además por introducción de sistemas mas novedosos y mas fáciles de manejar como el IPS-Empress (Ivoclar), el In-ceram (Vident, Brea, CA).

El IPS-Empress se indica para incrustaciones, carillas y coronas completamente cerámicas. Es un sistema de cerámica vítrea reforzada con

leucita e inyectada a altas temperaturas en un molde de fosfato (Seghi RR y col. J Prosther dent 1995: 74:145-150).

El sistema In-ceram ha evolucionado hasta lograr pasar por un infiltrado completo de alumina (cofia semejante al metal) que luego es revestido por porcelana (Vitadur-N o Alpha, Vident, Vita) con las mismas características de comportamiento térmico, teniendo una buena resistencia a la fractura y características estéticas muy buenas. Como sistema novedoso pero con el mismo manejo de laboratorio se introdujo la Zirconia logrando una mayor resistencia a la fractura, empleándose además para prótesis parciales fijas hasta de 3 unidades en la región anterior. La desventaja de estos sistemas son los costos muy elevados.

La ventaja de estos sistemas totalmente cerámicos es el buen comportamiento ante la luz con una buena reflexión de esta, dando características semejantes al diente natural y evitando los márgenes negros que forman las coronas metal cerámicas.

Las preparaciones clínicas del diente deben realizarse con hombros pesados o puros (usar fresas troncoconicas punta plana) sin hacer biseles, con las paredes de los muñones ligeramente convergentes (ideal 15 grados) y con una línea de terminación 0.5 milímetros por debajo del margen gingival. El material de impresión debe ser una silicona que polimerice por adición.

La cementación de este tipo de restauraciones sin sustrato metálico se debe realizar con un cemento a base de resina tipo dual (doble curado) o únicamente de autocurado (químicamente activo). Al tejido dentario remanente se le debe realizar un acondicionamiento previo con grabado ácido (ácido ortofosfórico al 37%), primer adhesivo, bonding, y el cemento de resina y un proceso final de polimerización por luz con una lámpara de alta intensidad lumínica. Cuando se utiliza el cemento de autocurado se realiza la misma técnica de preparación y acondicionamiento dentario solo que no se utiliza lámpara de fotocurado.

Para las coronas que tienen un sustrato de Alúmina o Zirconia se les puede dar un trato diferente basándose en la técnica convencional de cementado utilizando cementos como fosfato de zinc o ionómero de vidrio tipo I.

2.13.2 RESTAURACION METAL CERAMICA

Inicialmente llamada corona Ceramco (debido a una de las primeras marcas de porcelana utilizada) hace poco más de 40 años, otros nombres que recibió fueron: Corona con recubrimiento en cerámica (CRC), Porcelana fundida sobre oro (PFO) y Porcelana fundida sobre metal (PFM). El término científico más adecuado es metal cerámica.

La corona metal ceramica se compone de un colado o cofia de metal, usualmente oro, que se ajusta a la preparacion dentaria de una manera integra recubierta con una ceramica fundida sobre dicha estructura. La cofia de la corona metal ceramica esta cubierta por tres capas de porcelana:

1. Porcelana opaca que enmascara el color oscuro del metal y da una base inicial para el color y es la capa que realmente se une fisica y quimicamente al metal.
2. Porcelana de dentina o cuerpo: da el color a la restauracion, marca los parametros esteticos, de volumen y oclusión de las restauraciones.
3. Porcelana de esmalte o incisal: Aporta la translucidez y naturalidad a la restauración.
4. Otros: Porcelanas opacas, caracterizadores (Steins), translucidos, intensivos. Utilizados para dar caracterizaciones especificas e individuales a las restauraciones.

Se han descrito 4 mecanismos basicos de union de la porcelana al metal:

- 1.. Retencion mecanica: mediante este mecanismo se atrapa en la topografia que se crea en la superficie del metal la porcelana opaca.
2. Fuerzas compresivas: desarrolladas con una cofia bien diseñada y con un metal que tenga un coeficiente de expansion termica ligeramente mayor al de la porcelana que lo va a recubrir.

3. Fuerzas de Van der Waals: son fuerzas debiles en donde hay una union mutua por atracción de moleculas metalicas cargadas ionicamente entre la cofia metalica y la porcelana, es una union quimica inicialmente.
4. Union quimica: se da por la formacion de una capa de oxido sobre la estructura metalica y por la fuerza de union que se aumenta por la sinterizacion en una atmosfera oxigenada (Von Radnoth MS J Dent Res 1969: 48;321-324).

Las aleaciones mas utilizadas para la fabricacion de restauraciones metal ceramicas son:

Altamente nobles: oro-platino-paladio, oro-platino-plata, oro-paladio.

Nobles: plata-paladio, rico en paladio.

Bases: cromo-niquel, cromo-niquel-berilio, cromo-cobalto.

2.13.3 RESTAURACION DE DIENTE TRATADO ENDODONTICAMENTE

La tendencia clasica de restaurar un diente tratado endodonticamente es introduciendo en el canal radicular un nucleo o poste para "reforzarlo" y a su vez este aloja una corona. Estudios han demostrado que el comportamiento de un diente tratado endodonticamente con un poste o nucleo en su interior se comporta de una manera similar a un diente que no tiene ningun tipo de aditamento, obviamente depende el exito de la cantidad de tejido dental remanente sano (Ross IF:J Endodontic 1980; 6:560-565).

convencional y una lampara de fotocurado de luz potente. Para la parte coronal se reconstruye el muñon con un ionomero hibrido o con una resina hibrida.

2.13.4 FRACTURA CORONARIA COMPLICADA

Esta fractura afecta esmalte, dentina y pulpa. Se expone la pulpa y como, por tanto la fractura se "complica". Se observan la extension de la fractura, la tapa del desarrollo radicular y el tiempo que paso desde del daño.

La extension de la fractura y la exposicion pulpar, determinan el tratamiento, asi como las necesidades de restauracion; una pequeña puede someterse a un tratamiento pulpar vital y restaurarse con resina compuesta, una extensa requiere tratamiento de endodoncia soportada por poste y muñon, segun la edad del paciente.

En el caso de desear conservar la pulpa viva (como en individuos jovenes) deben satisfacerse las siguientes condiciones:

- La pulpa debera haber estado libre de inflamacion antes de la lesion.
- Las lesiones asociadas del ligamento periodontal que pudieran existir no deben afectar la vascularizacion pulpar.

Si se satisface estas condiciones, los tratamientos de eleccion son el recubrimiento pulpar y la pulpotomia parcial.

TRATAMIENTO CONVENCIONAL DE CONDUCTOS

Los dientes con raíces bien formadas se someten a pulpectomía o tratamiento de conductos, este último es necesario para acomodarse a los requisitos protésicos como poste o núcleo y corona, dependiendo del tamaño de la fractura coronal.

2.13.5 MORDIDA CRUZADA POSTERIOR

Es diferente por el plano en el que se desarrolla. Es un problema transversal y existen diferentes grados de gravedad. Su etiología es multifactorial: componente genético, hábitos deletéreos, etc. La frecuencia es de un 8-16%. Debemos tratarla precozmente pero sin carácter de urgencia. Hay que esperar a que estén los 4 centrales erupcionados (le diremos a los padres). Nosotros tomaremos como referencia cuando los 1º molares estén en boca completamente erupcionados. La situación ideal es cuando los premolares y caninos no han comenzado a reabsorber las raíces de los molares temporales.

Los cóndilos en una mordida cruzada están asimétricos, no situados en la cavidad glenoidea. También se pueden presentar hipertrófias musculares y esqueléticas (asimetrías faciales). El paciente adecua la posición condilar para lograr los máximos puntos de contacto posible en oclusión.

El mecanismo de formación es el siguiente:

Se produce una constricción leve. Como consecuencia de esta se provoca una interferencia dentaria. Esto conlleva a un desvío de la mandíbula por parte del paciente.

Se produce mordida cruzada posterior en máxima intercuspidación.

La mordida cruzada posterior de causa dentaria normalmente es unilateral, aunque se produce una constricción bilateral del maxilar superior. Existe una desviación mandibular al cierre. Si la mordida cruzada posterior de causa dentaria no se trata se transformará en una mordida cruzada posterior esquelético.

El tratamiento varía dependiendo si es de causa dentaria o de causa esquelética. Para el caso de la de causa dentaria el tratamiento de elección es expansión lenta. Se puede realizar con aparatología removible (placas activas de acrílico) o con aparatología fija (arco de Porter, bihelix, quadhelix). Por el contrario en la de causa esquelética el tratamiento de elección es la expansión rápida. Para ello se utilizan dos aparatos, uno en dentición temporal llamado Hyrax (aparato removible) y otro en dentición permanente llamado Haas (aparato fijo). El objetivo de la expansión rápida es romper la sutura media palatina (disyunción ósea). Esto sólo es posible hasta los 16-17 años.

En el caso del Haas obtendremos dos efectos en la expansión rápida:

Efecto ortodóncico:

Compresión del ligamento periodontal.

Inclinación del proceso alveolar.

Vestibulización de dientes posteriores.

Alteración del eje longitudinal (de molares e incisivos).

MORDIDA CRUZADA POSTERIOR UNILATERAL

La mordida cruzada unilateral se debe a veces a una inclinación dentaria de los dientes superiores hacia palatino o de los inferiores hacia vestibular: en tales casos hablamos de origen dental. En otras ocasiones es de origen esquelético, debido a la falta de crecimiento de un hemimaxilar superior o a una asimetría en la forma mandibular con laterognacia.

Lo más frecuente es que exista una alteración funcional, consistente en una desviación para evitar puntos de contacto prematuros. Las situaciones más frecuentes que originan desviación funcional mandibular son las siguientes:

1. Compresión maxilar bilateral no acentuada, que provoca contacto cúspide-cúspide de los caninos temporales; la mandíbula se desvía a uno de los lados para obtener una buena oclusión.
2. Erupción de los incisivos permanentes por palatino; la mandíbula se mesializa y se desvía lateralmente, también existe asimetría en la actividad de la musculatura masticatoria en individuos con mordida cruzada unilateral, se registra mayor actividad en los músculos temporal posterior y masetero del lado contralateral a la mordida cruzada. En la mayoría de los pacientes el ciclo masticatorio se halla invertido (en la

fase de cierre la mandibula se desvia al lado opuesto del bolo alimenticio).

DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Para realizar el diagnostico diferencial entre una anomalia de origen dentario y una compresion maxilar, se examinan las inclinaciones axiales de los dientes posteriores en los modelos de estudio. Si existiera compresion de hueso basal, dichas tangentes serian paralelas en ambas hemiarquadas. Se comprueba la asimetria porque en el maxilar comprimido, la distancia de los dientes posteriores al rafe palatino medio es menor.

Ante la presencia de mordida cruzada posterior unilateral, es preciso descartar una desviacion funcional mandibular, para lo cual se procede a una detallada exploracion clinica extraoral comprobando la existencia de una desviación del menton hacia el lado de la mordida cruzada en maxima intercuspidadacion, y que desde la posicion de maxima apertura hasta la de reposo el menton se halla alineado con el resto de las estructuras medias de la cara. En la exploración intraoral la lateralidad funcional es confirmada por los signos:

EN OCLUSION:

Mordida cruzada unilateral

- a. Línea media inferior desviada hacia el lado de la mordida cruzada
- b. Clase II subdivisión en el lado de la mordida cruzada
- c. Clase I o clase III, completa o incompleta, en el lado contralateral

1. EN RELACION CENTRICA:

- a. Desaparece total o parcialmente la mordida cruzada
- b. Se centran las líneas medias superior e inferior
- c. Clase I molar y canina bilateral

Así mismo debe valorarse la simetría facial dibujando y midiendo la cara en una fotografía extraoral de frente.

*TRATAMIENTO DE LA MORDIDA CRUZADA UNILATERAL DE ORIGEN ESQUELETICO Y DENTARIO

Para prevenir la asimetría facial en el adulto, a la que se llega tanto en las mordidas cruzadas unilaterales con desviación funcional como en las de origen óseo o dental, se recomienda tratamiento precoz. Otra causa que justifica el tratamiento precoz es la prevención de posibles trastornos de la articulación temporomandibular y la recuperación de la simetría en la función masticatoria.

El tratamiento idóneo de las asimetrías estructurales es el quirúrgico, cuando aun existe crecimiento, el tratamiento ortopédico, que suele resultar muy prolongado, únicamente consigue una corrección parcial en los casos graves.

Para la corrección de mordidas cruzadas unilaterales por compresión maxilar asimétrica a nivel basal o dental; su principal objetivo es conseguir una

expansion maxilar asimetrica. Para esta expansion el diseño de aparatos fijos o removibles son lo ideal y en su mayor parte que actuen en el lado comprimido. Siendo los aparatos removibles mas eficaces para conseguir una expansion unilateral.

- APARATOS FIJOS: para conseguir una expansion maxilar asimetrica, se ensancha el arco vestibular en el sector comprimido y se aplican elasticos intermaxilares entre la cara palatina de los dientes superiores hasta la cara vestibular de los inferiores, se aumenta la porcion coronopalatina superior en el lado comprimido a fin de contrarrestar la accion de los elasticos, una vez corregida la mordida cruzada.
- APARATOS REMOVIBLES: es una placa de resina superior con los siguientes elementos:
 1. Ganchos de adams y /o circunferencial
 2. Tornillo de expansion central
 3. Plano de mordida posterior adaptado a las caras oclusales superiores e inferiores en el lado normal y solo a las superiores en el lado de la mordida cruzada.
 4. Aleta vertical en el lado normal adaptada a la cara lingual de los dientes inferiores, para aumentar el anclaje en dicho lado.

En el tratamiento de adultos se recomienda utilizar elasticos intermaxilares en el lado comprimido, asociados a una placa de Hawley con plano de mordida anterior.

*TRATAMIENTO DE MORDIDA CRUZADA UNILATERAL DE ORIGEN FUNCIONAL

Los objetivos terapeuticos son:

1. Eliminar puntos de contacto prematuros
2. Expandir el maxilar
3. Llevar la mandibula a oclusion centrica.

El diseño mas efectivo para tratar esta anomalia consiste en una placa de resina superior con:

1. Ganchos de adams y/o circunferenciales
2. Tornillos de expansion central
3. Plano posterior de mordida, para eliminar contactos prematuros, adaptado solo a las caras oclusales superiores
4. Aleta vertical lisa en el lado opuesto al que desvia, no adaptada a los dientes inferiores y construida en relacion centrica. Esta aleta tiene como mision impedir el cierre mandibular anomalo y forzar una oclusion en relacion centrica.
5. Rejilla lingual (si existe mordida abierta anterior o habitos linguales)
6. Resorte de protrusion y arco vestibular si los contactos prematuros estan en zonas de incisivos

El resultado del tratamiento de las desviaciones funcionales mandibulares suele ser bueno en cuanto a la correccion de la mordida cruzada posterior, pero la mayor parte de las veces no se elimina por completo la relacion de clase II en el lado de mordida cruzada ni se centran totalmente las lineas

medias. (Ortodoncia clinica y terapeutica, Jose antonio Canut Brusola, 2^{da}

Edicion Masson. Barcelona España 2000).

3. CONCLUSIONES

- ❖ Es ideal en un paciente que tenga alteraciones en la mordida y con necesidad de tratamiento prostodóntico realizar primero el tratamiento de ortodoncia.
- ❖ Dependiendo del remanente dentario coronal, la alternativa más estética es la cementación de un poste prefabricado en fibra de vidrio.
- ❖ Posterior al retenedor intrarradicular se cementa una corona completa en cerámica con substrato de zirconio.
- ❖ Es importante para la restauración de un diente con una prostodoncia fija que tenga un excelente tratamiento de conductos previo y un buen estado periodontal.

BIBLIOGRAFIA

ANDREASEN, J.O. Lesiones dentarias traumáticas, Editorial Medica Panamericana S.A, Madrid. 1990. P 47 – 60.

FREEDMAN, George. Atlas a color de facetas de porcelana. Publicaciones medicas ESPAXS, S.A, Barcelona. 1991. P 37 – 80.

HAASE, H.W. Quintessence técnica. Edición española, volumen 11 # 1, Enero 2000. P 3 – 18.

SHILLINGBURG, Herbert. Fundamentos esenciales en prótesis fija. Tercera Edición. Editorial Quintessence, Barcelona, 2000. P 73 – 76, 119 – 125.

WALTON, Richard. Endodoncia Principios y práctica. Segunda Edición. Editorial Mc Graw Hill Interamericana. Mexico. 1996. P 511 – 513.