



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ODONTOLOGÍA

**TRATAMIENTO CON APARATOLOGÍA
INTERCEPTIVA PLANO INCLINADO EN UN PACIENTE
NIÑO CON MORDIDA CRUZADA ANTERIOR
UNIDENTAL: REPORTE DE CASO**

TRABAJO ACADÉMICO PARA OPTAR EL TÍTULO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ODONTOPEDIATRÍA

AUTOR

PALOMINO MAZA, JUNIOR RUBEN

ORCID: 0000-0002-6581-4641

ASESOR

MGTR. BERMEJO TERRONES, ALAN MAYKOL

ORCID: 0000-0003-0356-7937

CHIMBOTE – PERÚ

2020

TÍTULO:

TRATAMIENTO CON APARATOLOGÍA INTERCEPTIVA PLANO
INCLINADO EN UN PACIENTE NIÑO CON MORDIDA CRUZADA
ANTERIOR UNIDENTAL: REPORTE DE CASO

HOJA DE FIRMA DE JURADO Y ASESOR

Mgtr. San Miguel Arce, Adolfo Rafael
Presidente

Mgtr. Canchis Manrique, Walter Enrique
Miembro

Mgtr. Suárez Natividad, Daniel Alaín
Miembro

Mgtr. Bermejo Terrones, Alan Maykol
Asesor

EQUIPO DE TRABAJO

AUTOR

Palomino Maza, Junior Ruben

ORCID: 0000-0002-6581-4641

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Estudiante de Segunda
Especialidad en Odontopediatría, Chimbote, Perú.

ASESOR

Mgtr. Bermejo Terrones, Alan Maykol

ORCID: 0000-0003-0356-7937

Universidad Católica Los Ángeles de Chimbote, Facultad de Ciencias de la
Salud, Escuela Profesional de Odontología, Chimbote, Perú.

JURADO

Mgtr. San Miguel Arce, Adolfo Rafael

ORCID: 0000-0002-3451-4195

Mgtr. Canchis Manrique, Walter Enrique

ORCID: 0000-0002-0140-8548

Mgtr. Suárez Natividad, Daniel Alaín

ORCID: 0000-0001-8047-0990

DEDICATORIA

A Dios,

Por ser quien me cuida todos los días e ilumina mi camino, brindándome el apoyo espiritual frente a todas las adversidades que se me presentan para no darme por vencido.

A mis padres y a mi hermana,

A los primeros por darme la vida y brindarme sus sabios consejos para poder culminar esta etapa en mi desarrollo como profesional, y a mi querida hermana por ser mi motivación para luchar por lo que se anhela en la vida.

A mis compañeros, docentes de la especialidad y asesor,

Por compartir conmigo esta gran etapa profesional y ser de gran importancia para poder finiquitar con éxito la segunda especialidad en Odontopediatría.

A mis amigos,

Por estar siempre presentes y de alguna u otra manera ayudarme cuando más lo necesito.

Junior Ruben Palomino Maza.

RESUMEN

El presente reporte de caso tuvo como objetivo establecer el manejo clínico en un paciente niño con mordida cruzada anterior unidental con aparatología interceptiva plano inclinado. El caso fue de un paciente de sexo masculino de 7 años y 1 mes de edad, la madre refería que su hijo tiene un diente en una mala posición y que se encuentra hacia atrás. Presentaba dentición mixta fase 1, mordida cruzada anterior entre las piezas dentarias 21/31, línea media desviada hacia la izquierda en el maxilar inferior en relación a la línea media facial (0.5mm), arco superior e inferior de forma parabólica, RMD clase I, RMI clase I, RCD clase I, RCI clase I, OB -50% y OJ -2 mm (21/31). El tratamiento por el cual se optó fue la confección de la aparatología interceptiva plano inclinado de acrílico y luego de realizar su instalación, el primer control fue a la semana, el segundo control fue a las dos semanas, el tercer control fue al mes. Finalmente, se logró establecer el manejo clínico en un paciente niño con mordida cruzada anterior unidental con aparatología interceptiva plano inclinado. El tratamiento duró un mes, logrando la correcta inclinación de la pieza dentaria 21, obteniendo un OB de 20% (21/31) y un OJ de 2mm (21/31).

Palabras claves: mordida cruzada anterior, maloclusión, aparatología interceptiva.

ABSTRACT

The present case report aimed to establish the clinical management in a child patient with unidental anterior crossbite with inclined plane interceptive appliances. The case was of a 7 year and 1 month old male patient, the mother reported that her son has a tooth in a bad position and that it is backwards. She had phase 1 mixed dentition, anterior crossbite between teeth 21/31, midline deviated to the left in the lower jaw in relation to the facial midline (0.5mm), parabolic upper and lower arch, class I RMD, RMI class I, RCD class I, RCI class I, OB -50% and OJ -2 mm (21/31). The treatment that was chosen was the manufacture of the acrylic inclined plane interceptive appliance and after its installation, the first control was at one week, the second control was at two weeks, the third control was at one month. Finally, it was possible to establish the clinical management in a child patient with unidental anterior crossbite with inclined plane interceptive appliances. The treatment lasted a month, achieving the correct inclination of tooth 21, obtaining a OB of 20% (21/31) and a OJ of 2mm (21/31).

Key words: anterior crossbite, malocclusion, interceptive appliances.

CONTENIDO

TÍTULO:.....	i
HOJA DE FIRMA DE JURADO Y ASESOR.....	ii
EQUIPO DE TRABAJO	iii
DEDICATORIA	iv
RESUMEN	v
ABSTRACT.....	vi
CONTENIDO	vii
I.- REPORTE DE CASO.....	1
1.1.- Introducción.....	1
1.2.- Objetivos	11
1.3.- Reporte de caso.....	12
II.- DISCUSIÓN	20
III.- CONCLUSIONES.....	23
Referencias bibliográficas.....	24
Anexos	29

I.- REPORTE DE CASO

1.1.- Introducción

En los reportes de la Organización Mundial de la Salud, después de la enfermedad de caries dental y la enfermedad periodontal están ubicadas las maloclusiones, solo en latinoamérica los índices de prevalencia de maloclusiones superan el 85%.¹

Entre las maloclusiones más frecuentes que podemos encontrar en la dentición primaria se reportan entre las principales: el apiñamiento dental, mordida abierta (anterior o posterior), mordida borde a borde, mordida profunda, mordida cruzada posterior y mordida cruzada anterior (MCA).²

La oclusión normal es aquella en la que existe una correcta interacción entre todos los dientes y las estructuras que los rodean, encontrándose los primeros molares en una relación de clase I; como definición de la mordida cruzada anterior (MCA) tenemos que es una condición en la cual los dientes anterosuperiores se encuentran palatinizados y los anteroinferiores están por delante de los dientes anterosuperiores, esta maloclusión debe ser tratada desde la dentición decidua para no llegar a peores complicaciones.^{3,4}

La MCA se caracteriza por presentar una posición palatinizada de uno o más dientes anterosuperiores con respecto a sus antagonistas, en el caso de ser una MCA simple, nos indica que existe el espacio necesario para su correcta ubicación en el arco mediante un tratamiento simple y sin consecuencias graves. La etiología de esta anomalía puede deberse a la persistencia del diente temporal lo que induce al diente permanente a seguir

un patrón de erupción por palatino de los temporales, también puede ser por traumatismos fuertes, presencia de dientes supernumerarios, odontomas, esquema anormal congénito de la erupción, perímetro del arco disminuido, apiñamientos de dientes anteriores; es vital diferenciar si es un problema esquelético o funcional, para establecer un correcto plan de tratamiento.⁴

Existen 3 tipos de mordida cruzada anterior: mordida cruzada anterior dentaria, esta se da básicamente por falta de espacio en la dentición permanente, los incisivos superiores están por detrás de los incisivos inferiores, usualmente solo involucra uno o dos dientes, manteniendo las caninos y molares en clase I; la mordida cruzada anterior funcional, nos manifiesta que existe un movimiento mandibular en el que se alcanza una pseudo clase III. Y por último tenemos a la mordida cruzada anterior esquelética, la cual tiene un pronóstico desfavorable ya que las molares y caninos se encuentran en una relación de clase III.^{4,5}

La mordida cruzada anterior en la mayoría de los casos es una manifestación de una maloclusión clase III; que a su vez es la maloclusión menos frecuente, pero que presenta fuertes evidencias de influencias raciales y étnicas, siendo bastante común en pacientes de origen asiático.⁶

La prevalencia de la MCA es variable según los reportes de diversos estudios, como se dijo es más frecuente en asiáticos, pudiendo llegar hasta un 12%; mientras tanto en americanos y europeos solo alcanza un 3%. Según el IV Estudio Nacional de Salud Bucal

(ENSAB) desarrollado en Colombia (2014), se determinó una prevalencia del 2.41% en niños de 5 años.⁷

En la República de Venezuela (2015), en un estudio sobre la prevalencia de mordidas cruzadas se encontró una mayor frecuencia en la mordida cruzada anterior en el sexo femenino con un 33,33%, y en el sexo masculino fue del 19,04%; en general las mordidas cruzadas dentro del grupo de maloclusiones solo representan un 10% en relación al estudio realizado.⁸

En el Perú (2015); en un estudio sobre la prevalencia de maloclusiones según Angle en niños en Santiago-Cusco, se encontró que de la muestra de 207 alumnos el 68.1 % presentaba una maloclusión clase I, el 21.7% una maloclusión clase II, el 4.3 % una maloclusión clase III y solo el 5.8 % presentó una oclusión normal.⁹

En otro estudio realizado también en Perú (2015); del total de alumnos de la I.E “Miguel César Augusto Mazeyra Acosta”-Arequipa, el 67.9% presentaron algún tipo de maloclusión; siendo la anomalía de mayor prevalencia el apiñamiento dental con un 32%, seguida por la sobreposición maxilar y la mordida cruzada anterior; ambas con un 10% de prevalencia.⁵

Existen diferentes alternativas para el manejo de las maloclusiones, y en específico para el manejo de las mordidas cruzadas anteriores encontramos a la ortodoncia interceptiva: pistas directas en dientes primarios, los planos inclinados, aparatología fija o removible; pero también podemos hacer uso de otras alternativas como es la aparatología funcional, aparatos extraorales y por último una más agresiva como es la cirugía ortognática. El uso

de cada una de estas dependerá mucho de la valoración del profesional, la edad cronológica del paciente y de su edad ósea. Es de vital importancia realizar un diagnóstico temprano que nos permita tener un pronóstico favorable y así disminuir el tiempo de tratamiento, devolviendo en un corto tiempo la armonía y funcionalidad del complejo craneofacial.^{4,5,10}

El plano inclinado es elaborado sobre los incisivos inferiores y se le da una cierta inclinación para que obligue un desplazamiento del incisivo superior hacia vestibular; se confecciona mediante el uso de acrílico autocurable, se puede aplicar acrílico directamente sobre los incisivos o sobre un modelo de yeso. El plano inclinado fijo debe limitar su utilización a casos más simples; preferentemente cuando el paciente presenta una conducta poco colaboradora, y sea imposible el uso de aparatos removibles.^{4,5,10}

La utilización del plano inclinado de acrílico constituye una apropiada opción en la solución de mordidas cruzadas anteriores dentoalveolares, ya sea de uno o varios dientes tanto en dentición primaria y mixta; asimismo, esta alternativa resultará útil si hay espacio en el arco que favorezca el movimiento.¹¹

El plano inclinado se fija en los dientes anteroinferiores con un cemento temporal, la angulación que tendrá esta aparatología la define el grado de discrepancia vertical que se encuentre entre los dientes que están en mordida cruzada, teniendo como referencia a los adyacentes, por lo general es en 45°. Dada las circunstancias en la mayoría de los casos la MCA se llega a corregir en un plazo de 3 a 4 semanas, mediante el uso de un plano inclinado.^{10,11}

En tal sentido, se han realizado estudios y reportes de caso en el manejo del tratamiento de la mordida cruzada anterior.

González A, Teixeira V, Medina A. (2019). En su reporte de caso nos muestra la corrección de la mordida cruzada anterior de origen dental y recesión gingival en dentición mixta temprana de un paciente masculino de 8 años; el tratamiento empleado consistió en una aparatología removible con placa de levantamiento posterior, además un tornillo de expansión y un arco de Eschler. Luego de 16 meses de acompañamiento se resolvió la mordida cruzada anterior, a pesar de encontrarse en dentición mixta se obtuvo buenos resultados; se llega a la conclusión que este tipo de maloclusión debe resolverse lo antes posible, y que mientras más precoz sea el tratamiento se obtendrán mejores resultados.¹²

Carrasco B. (2018). En su reporte de caso sobre la corrección de una mordida cruzada anterior, tuvo como objetivo la corrección de esta alteración. Utilizó un plano inclinado fijo (angulación de 45°) en un paciente de 9 años de edad, en la Universidad de Monterrey; este paciente presentaba dentición mixta, overjet negativo, relación molar clase I y canina clase III bilateral y extracción previa de las piezas dentarias 54 y 55, caries de segundo grado en 84 y 85. Se logró revertir la mordida cruzada anterior al cabo de 2 meses de iniciado el tratamiento, en ese momento se le retiró la aparatología, demostrando la efectividad de este tratamiento.¹³

De la Cruz J. (2018). En su reporte de caso en relación a la mordida cruzada anterior dentaria en dentición mixta, tuvo como objetivo corregir esta maloclusión mediante un tratamiento ortodóntico interceptivo. El caso trató de una niña de 8 años, con mordida

cruzada anterior entre las piezas dentarias 11/41 – 21/31 y falta de espacio para la erupción de la pieza dentaria 15. El tratamiento consistió en la confección de una placa Hawley activa con doble tornillo de expansión (anterior y lateral) para el maxilar superior; luego de instalar la aparatología se realizaron controles quincenales, alternando la activación en cada cita (1/4 de vuelta para cada tornillo). Se obtuvieron resultados luego de 8 meses de tratamiento, corrigiendo ambos problemas; finalmente nos dice que los odontopediatras tienen un rol importante, porque son los primeros en observar alguna alteración en los niños, permitiendo un abordaje temprano mediante la aparatología interceptiva.¹⁴

Rodríguez C, Hernández J. (2017). En su reporte de caso en el tratamiento mediante el uso del plano inclinado en la mordida cruzada anterior, tuvo como objetivo evaluar los distintos cambios en las dimensiones de los arcos dentales deciduos que se producen tras la utilización del plano inclinado. En este reporte de caso evaluaron a 10 pacientes que oscilaban entre los 3 y 5 años de edad, que al diagnóstico presentaban mordida cruzada anterior completa, a todos ellos se les colocó el plano inclinado que fue elaborado con acrílico, se encontró un promedio de 8.5 semanas de tratamiento, en el cual todos los participantes del estudio lograron corregir su mordida cruzada anterior en un corto periodo y sin recidivas con excelentes cambios en las dimensiones de los arcos.¹⁵

Salinas I. (2017). En su reporte de caso sobre la mordida cruzada anterior unidental, tuvo como objetivo demostrar la efectividad del tratamiento con un plano inclinado, resortes y acetato programado. El caso trató de un paciente masculino de 10 años, con mordida cruzada anterior unidental (21/31), apiñamiento en el sector anterior superior e inferior. El plan de tratamiento se dividió en 3 fases; en la primera se utilizó una placa activa

inferior con un plano inclinado a 45° con arco de Hawley y un tornillo de expansión, se realizaron controles cada 15 días durante 6 semanas. En la segunda fase se confeccionó una placa activa de acrílico para el maxilar superior con arco tipo Hawley, con dos resortes de doble espiral para los dientes 21 y 22, en la placa activa inferior se desgastó el plano inclinado, y se indicó dar 1/4 de vuelta a cada tornillo cada semana por 7 meses. Y por último se confeccionó una placa de acetato programada para el maxilar superior y se indicó su uso por todo el día durante un mes. Se obtuvieron buenos resultados, corrigiendo la retroinclinación del incisivo superior y logrando una reducción del apiñamiento.¹⁶

Mato A, Pérez L, Rodríguez M, et al. (2016). En su estudio sobre la mordida cruzada anterior y tratamiento en la atención primaria, su objetivo fue determinar la efectividad del plano inclinado para tratar mordidas cruzadas anteriores, pero solo casos simples. La muestra la conformó 28 escolares que acuden al Policlínico “Pedro Borrás Astorga”-Pinar Río (Cuba). Se dividió la muestra en tres grupos: 4 a 6 años, 7 a 9 años y 10 a 12 años; se tomaron impresiones y los aparatos interceptivos de plano inclinado se confeccionaron de acrílico sobre los modelos de yeso. Luego de su instalación se realizaron controles semanales, como resultados se obtuvo que el 93% pudo resolver la mordida cruzada anterior mediante el uso del plano inclinado de acrílico antes del primer mes.¹⁷

Maldonado J, Aquino A. (2016). En su reporte de caso sobre la mordida cruzada anterior dental, tuvo como objetivo reportar la terapéutica a base de bite block en un paciente de 7 años con dentición mixta temprana, con palatinización de la pieza dentaria 21 por interferencia con la pieza dentaria 32. Utilizó un bite block, el cual estuvo cementado sobre las superficies oclusales de los molares deciduos superiores, en combinación con un

tornillo de expansión dirigido para la activación de la pieza dentaria 21 (1/4 de vuelta cada semana). Se obtuvieron buenos resultados pasada las cuatro semanas y refiere que las mordidas cruzadas anteriores de un solo diente son consideradas maloclusiones muy sencillas de tratar, por ello se deben intervenir con aparatología simple; teniendo como desventaja que se depende del nivel de colaboración del paciente.¹⁸

González D, Alemán P, Delgado Y. (2015). En su revisión de la literatura en las diferentes bases de datos, sobre el plano inclinado de acrílico como una opción en el tratamiento de las mordidas invertidas, estableció ciertos requisitos en su búsqueda, como la de una antigüedad de 5 años y que estas evidencias fueran buscadas en el idioma español e inglés respectivamente; con el objetivo de profundizar y actualizar conocimientos en relación al plano inclinado de acrílico, principalmente sobre su confección, llegando a la conclusión de que es una aparatología muy sencilla, de costo reducido y con excelentes resultados a corto plazo que funciona muy bien en edades tempranas, esta aparatología a su vez no necesita demasiada destreza y puede ser confeccionada por el cirujano dentista general.¹⁹

González D, Alemán P, Delgado Y. (2015). En su artículo de presentación de un video para la confección de un plano inclinado de acrílico, su objetivo fue crear un video muy didáctico sobre la confección del plano inclinado de acrílico para instaurar un mejor proceso de aprendizaje y reforzar los conocimientos. Utilizó una Cámara digital Sony de 8.1 mega pixeles, de alta sensibilidad ISO 8000, pantalla táctil 3.0", usó el programa Format Factory 3.3.4 y además el programa Corel Video Studio 12; este material fue creado para la enseñanza de la cátedra de ortodoncia, donde se muestra de manera detallada la confección del plano inclinado de acrílico, teniendo presente bases teóricas

actualizadas y práctica clínica, así como también literatura sobre anomalías dento-máxilo-faciales.²⁰

González D, Alemán P, Delgado Y. (2015). En su revisión bibliográfica por los diferentes buscadores en relación a la prevención y tratamiento precoz de la oclusión invertida en la atención primaria de salud, encontró 40 artículos de los cuales seleccionó solo 26 según su criterio de selección, llegando a la conclusión que detectando a tiempo las mordidas cruzadas e identificando los diversos factores, estos pueden ser eliminados precozmente mediante un manejo sencillo y que deberían ser resueltas en la atención primaria de salud.²¹

Ruiz C, Sáez G. (2015). En su reporte de caso de una corrección ortopédica de una mordida cruzada anterior, su objetivo fue incrementar el perímetro del arco maxilar y corregir la maloclusión. En este caso clínico el paciente tenía 11 años de edad con mordida cruzada anterior con relación molar clase I. El plan de tratamiento se dividió en dos fases, la primera fue ortopédica y la otra ortodóntica. Para la primera fase se elaboró un bite block con un tornillo disyuntor en combinación con una máscara facial. Se obtuvieron los resultados deseados y la mordida cruzada fue solucionada tras 4 meses de monitoreo; demostrando que, si existe un diagnóstico y evaluación oportuna, los aparatos ortopédicos son de mucha utilidad y de manejo sencillo, ya que el paciente se encuentra en crecimiento y con ello se brinda mejores condiciones para el tratamiento ortodóntico posterior.²²

Hernández J, Padilla M. (2011). En su revisión de la literatura sobre el tratamiento temprano de la mordida cruzada anterior; llegan a la conclusión que resulta muy

importante un diagnóstico precoz en relación a las maloclusiones presentes en edades tempranas, y en el caso de determinar la existencia de una mordida cruzada anterior, existen tratamientos variados y sencillos para contrarrestarla, como puede ser un plano inclinado o algo más complicado como el de una máscara de protacción; siempre teniendo en cuenta que cuanto más joven sea el organismo, es más rápida la respuesta ósea y neuromuscular que se genera con la aparatología interceptiva.²³

Jara P. (2009). En su reporte de caso sobre una mordida cruzada anterior dental, su objetivo fue corregir esta maloclusión, el paciente era del sexo femenino y tenía 9 años con 5 meses, presentaba maloclusión clase I y mordida cruzada anterior dental. En el plan de tratamiento se utilizó una placa activa superior con tornillo de expansión y dos protusores anteriores en forma de S; una placa activa inferior con arco de Hawley, con retenedor Adams y tornillo de expansión a nivel del cuadrante 8, se realizó una activación de 2/4 de vuelta cada semana en ambos tornillos. Se obtuvieron resultados después de 5 meses, logrando revertir el overjet negativo; llegando a la conclusión de que algunos tipos de maloclusiones, pueden ser tratadas de forma temprana incluso por el odontólogo general con la utilización de aparatología interceptiva aprovechando la etapa de crecimiento.²⁴

1.2.- Objetivos

Objetivo general:

Establecer el manejo clínico en un paciente niño con mordida cruzada anterior unidental con aparatología interceptiva plano inclinado.

Objetivos específicos:

1. Corregir el posicionamiento del eje de inclinación con la aparatología interceptiva plano inclinado en un paciente niño con mordida cruzada anterior unidental.
2. Corregir la función oclusal y estética con la aparatología interceptiva plano inclinado en un paciente niño con mordida cruzada anterior unidental.

1.3.- Reporte de caso

Paciente de sexo masculino de 7 años y 1 mes de edad, acude en el mes de noviembre del 2018 a la Clínica Odontológica de la Segunda Especialidad en Odontopediatría de la ULADECH Católica - Chimbote, para ser evaluado, en el motivo de la consulta la madre refiere que “Su hijo tiene un diente en una mala posición y que se encuentra hacía atrás”.

En los antecedentes familiares, la madre manifiesta que su esposo es alérgico a la amoxicilina e ibuprofeno; gestó a los 33 años y que tomó vitaminas, ácido fólico, hierro y calcio. La medicaron con antibióticos para una infección urinaria en el segundo trimestre del embarazo; y acudió a todos sus controles durante el embarazo.

Asimismo, en los antecedentes del niño, la madre refiere que nació mediante parto eutócico pretérmino (8 meses) sin complicaciones. El niño tuvo lactancia materna desde el nacimiento hasta el cuarto mes, a partir de esta fecha una lactancia mixta. Dentro de las enfermedades de la infancia ha presentado enfermedades respiratorias (amigdalitis, rinitis y bronquitis). La conducta del niño psicosocial (según Castillo) es receptiva.

Dentro de los antecedentes del estado de salud estomatológico del niño, refiere que recibió profilaxis dental, fluorización, restauraciones, tratamiento pulpar, exodoncias con experiencia agradable; también refiere cepillado dental tres veces al día con pasta dental (con supervisión), no usa enjuagatorios y como hábito presenta respiración mixta.

Al examen clínico general el paciente se encuentra en ABEG, ABEH, ABEN, con un peso de 23kg, talla de 1.20 m; entre sus funciones vitales, P.A: 100/70 mmHg, F.R: 20 por

minuto, F.C: 75 pulsaciones por minuto y 36.5°C de temperatura. Psíquico elemental LOTEP, de conducta receptiva, lenguaje fluido sin alteración aparente.

En el examen clínico extraoral, presenta cráneo mesocéfalo, cara mesofacial, fascias simétrica, perfil anteroposterior convexo, ATM y cuello sin alteraciones, respiración mixta. (Fig.1)

Al examen clínico intraoral presenta labios medianos, incompetentes, poco hidratados, color rosado coral, carrillo de color rosa coral y presencia de línea alba, paladar blando de color rosado coral, irrigado e hidratado; paladar duro de color rosado coral, firme y de mediana profundidad, orofaringe con úvula móvil con desviación a la derecha, y pilares sin inflamación, piso de boca irrigado, conductos salivales permeables y depresible, frenillos de inserción media tanto superior e inferior, lengua saburral en el tercio posterior y de tamaño mediano, gingiva de color rosado coral y ligera inflamación generalizada, saliva serosa.(Fig.2)

Presenta 24 piezas dentarias, dentición mixta fase 1, mordida cruzada anterior entre las piezas dentarias 21/31, línea media desviada hacia la izquierda en el maxilar inferior en relación a la línea media facial(0.5mm), arco superior e inferior de forma parabólica, RMD clase I, RMI clase I, RCD clase I, RCI clase I, OB -50% (21/31), OJ -2 mm (21/31). (Fig.4)

Se observa giroversiones en las piezas dentarias 21, 31 y 32. Presenta una restauración amplia con amalgama en aparente buen estado en la pieza dentaria 84 (MOD), lesiones cariosas en esmalte en las piezas dentarias 74 (O) y 55 (O). (Fig.2)

Factor de experiencia de caries de riesgo bajo, índice de higiene oral Greene y Vermillon de riesgo moderado, frecuencia de consumo de carbohidratos de riesgo bajo. En general presenta un Riesgo estomatológico bajo.

Diagnóstico presuntivo: paciente niño de 7 años y 1 mes de edad con riesgo estomatológico bajo, en ABEG, ABEH, ABEN, mesofacial, fascies simétrica, perfil anteroposterior convexo, labios medianos, incompetentes, En los tejidos blandos presenta gingivitis marginal generalizada asociada solamente a biofilm, en los tejidos duros presenta lesiones cariosas en esmalte en las piezas dentarias 74 (O) y 55 (O), fosas y fisuras profundas en las piezas dentarias 16, 26, 36 y 46. Mordida cruzada anterior entre las piezas dentarias 21/31, maloclusión de clase I, OB -50% (21/31), OJ -2 mm (21/31).

Entre los exámenes complementarios tenemos fotografías, modelos y radiografías. La radiografía panorámica revela el tipo de dentición mixta, ausencia de agenesias, ausencia de supernumerarios, ausencia de patologías en ATM y en las estructuras óseas. Estadio de Nolla, Estadio 4: 15, 14, 24, 25, 37, 47, Estadio 5: 17, 27, 34, 35, 44, 45, Estadio 7: 12, 13, 22, 23, 33, 43, Estadio 8: 11, 16, 21, 26, 32, 42, Estadio 9: 31, 41, 36, 46. (Fig.3.A)

La radiografía lateral de cráneo, de acuerdo al análisis cefalométrico de Steiner, revela que el ángulo SNA (80° - 84°) del paciente es de 81° , lo que nos indica que el maxilar está en una posición normal en relación a la base del cráneo; el ángulo SNB (78° - 82°) del paciente es de 73° , lo que indica que existe una retrusión mandibular en relación a la base del cráneo; el ángulo ANB (0° - 4°) del paciente es de 8° , lo que indica una relación esquelética clase II, el ángulo SND (75° - 79°) del paciente es de 69° , lo que nos dice que

la mandíbula se encuentra retruida, el ángulo del plano mandibular (GoGn a SN, 30°-34°) del paciente es de 40°, lo que indica que la mandíbula tiene un patrón de crecimiento vertical (hiperdivergente); el ángulo del plano oclusal (plano oclusal a SN, 12°-16°) del paciente es de 28°, lo que indica que el plano oclusal está inclinado; el ángulo del incisivo superior (eje incisivo superior a NA, 22°-24°) del paciente es de 14°, lo que nos indica una palatinización del incisivo superior o que se encuentre retroinclinado; el segmento del incisivo superior (4mm) del paciente es de 1mm, lo que nos indica que la posición del incisivo superior es retruida, el ángulo del incisivo inferior (eje incisivo inferior a NB, 23°-27°) del paciente es de 34°; lo que nos indica una vestibularización del incisivo inferior o que se encuentre proinclinado, el segmento del incisivo inferior (4mm) del paciente es de 6mm, lo que nos indica que la posición del incisivo inferior es protruida; al analizar la línea S (0mm) el labio superior e inferior se encuentran por delante a 1mm y 2mm respectivamente, lo que nos indica una protusión labial superior e inferior. (Fig.3.B)

Diagnóstico definitivo: paciente niño de 7 años y 1 mes de edad con riesgo estomatológico bajo, en ABEG, ABEH, ABEN, mesofacial, fascies simétrica, perfil anteroposterior convexo, labios medianos, incompetentes, presenta gingivitis marginal generalizada asociada a biofilm, lesiones cariosas en esmalte en las piezas dentarias 74 (O) y 55 (O), fosas y fisuras profundas en las piezas dentarias 16, 26, 36 y 46, mordida cruzada anterior entre las piezas dentarias 21/31, maloclusión de clase I, OB -50% (21/31), OJ -2 mm (21/31). Según el análisis cefalométrico de Steiner presenta clase II esquelética por retrusión mandibular en relación a la base de cráneo, crecimiento vertical de la mandíbula

(hiperdivergente), plano oclusal inclinado, retrusión del incisivo superior y protrusión del incisivo inferior. La conducta del niño es receptiva.

Objetivos de tratamiento:

1. Corregir la salud periodontal.
2. Eliminar las lesiones cariosas.
3. Corregir la mordida cruzada anterior entre las piezas dentarias 21/31.
4. Corregir el OB y OJ.

Plan de tratamiento: en la fase sistémica se realizará la interconsulta con el otorrinolaringólogo para la evaluación del estado de salud del paciente por presentar respiración mixta (nasal y bucal), en la fase preventiva se realizará una fisioterapia oral, asesoría nutricional, profilaxis dental, aplicación de flúor barniz 5% cada 6 meses, colocación de sellantes en las piezas dentarias 16, 26, 36 y 46; en la fase correctiva se realizará restauraciones con resina fotopolimerizable en las piezas dentarias 74 (O) y 55 (O); asimismo, una incrustación de resina fotopolimerizable en la pieza dentaria 84 (MOD), en la fase interceptiva se realizará la colocación de un plano inclinado de acrílico para descruzar la MCA de la pieza dentaria 21 en relación a la pieza dentaria 31 (Fig.6). Por último, en la fase de mantenimiento se realizará controles cada 6 meses y su respectiva reevaluación de riesgo estomatológico.

Pronóstico: el pronóstico es favorable, debido a que la madre está interesada en los posibles tratamientos que su hijo requiera, ya que es colaborador.

Tratamiento: El tratamiento inició con una fisioterapia oral, asesoría nutricional, profilaxis dental, seguida de la instalación de la aparatología interceptiva plano inclinado de acrílico en boca (Fig.7); asimismo, una aplicación de flúor barniz 5%.

Se realizó un control a la semana, en la que a su vez se realizó la colocación de sellantes ionoméricos en las piezas dentarias 16, 26, 36 y 46; asimismo, en la misma cita se realizó restauraciones con resina fotopolimerizable en las piezas dentarias 74 (O) y 55 (O). (Fig.8)

A las dos semanas se realizó otro control, en la que también se retiró la restauración con amalgama en la pieza dentaria 74, se preparó la cavidad en dicha pieza dentaria y se tomó una impresión con silicona de condensación para la confección de la incrustación con resina fotopolimerizable. (Fig.9)

Por último, se realizó un control al mes, en la que se realizó la cementación de la incrustación con resina fotopolimerizable en la pieza dentaria 74, seguido del retiro de la aparatología interceptiva plano inclinado de acrílico, puesto que se logró revertir la mordida cruzada anterior unidental (21/31). (Fig.10)

Resultados:

Luego de la instalación de la aparatología interceptiva plano inclinado de acrílico, se realizó los controles respectivos, el primero fue a la semana, el segundo control se realizó a las dos semanas y el tercero fue al mes, hasta corregir clínicamente la mordida cruzada anterior unidental (21/31).

En la primera semana ya se logró observar una mejora en la posición de la pieza dentaria 21 en relación a los dientes contiguos; asimismo, dicha pieza dentaria empieza nuevamente el proceso de erupción, puesto que ya no está presente la interferencia oclusal, y esta es guiada gracias a la inclinación de la aparatología interceptiva plano inclinado de acrílico, permitiendo que la pieza dentaria 21 tenga un cambio en la inclinación. (Fig.8)

En la segunda semana, se observa el mantenimiento de la correcta posición de la pieza dentaria 21 y una correcta ubicación dentro del arco dentario del maxilar superior; también se logró un mejor avance en el proceso de erupción de la pieza dentaria 21, puesto que se logró corregir la angulación que esta presentaba, consiguiendo descruzar la mordida cruzada anterior unidental en relación a la pieza dentaria 31. (Fig.9)

Al mes de colocada la aparatología interceptiva plano inclinado de acrílico, se logra observar que la correcta inclinación de la pieza dentaria 21 se mantuvo presente, del mismo modo su ubicación dentro del arco dentario superior no se alteró. Se procedió al retiro de la aparatología. Se pudo revertir el OB y OJ, obteniendo un OB de 20% (21/31) y un OJ de 2mm (21/31); asimismo, se logró una mejor angulación de la pieza dentaria 21 tomando como referencia a la pieza dentaria 11. (Fig.10)

Consideraciones éticas:

El tratamiento con aparatología interceptiva plano inclinado elaborado en el paciente de sexo masculino de 7 años y 1 mes de edad, se hizo teniendo las consideraciones y recomendaciones de las buenas prácticas clínicas hacia el paciente.

Para la exposición y publicación de los resultados del reporte de caso, en relación al diagnóstico, tratamiento y fotografías fueron con el previo consentimiento informado de la madre del paciente.

Limitaciones del estudio:

La principal limitación del estudio fue la realización del control y seguimiento del paciente luego de retirada la aparatología interceptiva plano inclinado, debido a que el paciente regresó a vivir a su lugar de origen.

II.- DISCUSIÓN

El presente reporte de caso trató de un niño de 7 años y 1 mes de edad, con dentición mixta; y demuestra que la MCA al ser diagnosticada y tratada en edades tempranas, ya sea por el odontopediatra u odontólogo general, permite aprovechar las etapas de crecimiento y desarrollo del paciente; estos conceptos se ven respaldados por De la Cruz J. (2018) quien refiere que el papel del odontopediatra es crucial, puesto que es el profesional que tendrá el primer contacto con los niños, del mismo modo Maldonado J, Aquino A. (2016) refieren la importancia de un diagnóstico clínico y radiográfico oportuno, describiendo que la MCA unidental es la más sencilla de tratar si esta es intervenida en edades tempranas y no altera con ello el crecimiento del paciente; de igual manera, Jara P. (2009) nos dice que la aparatología interceptiva es de manejo sencillo si se aprovecha la etapa de crecimiento del paciente.^{14, 18, 24}

La mordida cruzada anterior es un tipo de maloclusión que se encuentra muy presente en la dentición decidua y mixta, la cual necesita una intervención temprana para un tratamiento eficaz y menos invasivo. En ese sentido, Rodríguez C, Hernández J (2017), reportan que es beneficioso un tratamiento oportuno para la mordida cruzada anterior, y permitir con ello un adecuado desarrollo de la dentición y recuperar la funcionalidad; del mismo modo, Gonzáles A, Teixeira V, Medina A (2019) refieren la necesidad de un diagnóstico temprano para un abordaje precoz mediante mecánicas sencillas y obtener con ello resultados que sean favorables.^{12, 15}

En este reporte de caso se corrigió una mordida cruzada anterior unidental de manera sencilla; en este sentido, Mato A, Pérez L, Rodríguez M, et al. (2016), refieren que de las tres variedades de mordida cruzada anterior (dentaria, funcional y esquelética) la del tipo dentario es la que presenta un mejor pronóstico, y esta debe recibir un tratamiento precoz, porque existe la posibilidad que se pueda desarrollar una mordida cruzada del tipo esquelético, la cual presenta el peor pronóstico; concordando con esta idea, Salinas I. (2017) refiere que la MCA es una maloclusión que no se corrige sola y que si no es solucionada conlleva a una maloclusión grave; por lo que un tratamiento temprano permite equilibrar el componente muscular y oclusal.^{16, 17}

El presente reporte de caso empleó la aparatología interceptiva, teniendo en cuenta la edad del paciente; asimismo, la mordida cruzada anterior supone la posibilidad del empleo de una variedad terapéutica, evaluando aspectos como la gravedad de la MCA, colaboración del paciente y entre otros. En este sentido, Ruiz C, Sáez G. (2015) mencionan que existen factores que determinan el éxito de la utilización de los aparatos ortopédicos en la corrección de la mordida cruzada anterior, tales como el crecimiento, dirección del crecimiento y la muy importante cooperación del paciente.²²

En concordancia con estos conceptos, Gonzáles D, Alemán P, Delgado Y. (2015) manifiestan que dentro las posibilidades de tratamiento existentes, un factor importante a evaluar es la edad del paciente, refiriendo que hay mejores resultados en niños con dentición decidua en comparación a niños con dentición mixta; asimismo, Salinas I. (2017) nos dice que no solo hay un tratamiento único para la corrección de la MCA, por el contrario, hay opciones que van de sencillas a complejas.^{16, 21}

En el manejo clínico del presente reporte de caso se utilizó la aparatología interceptiva plano inclinado, la cual fue confeccionada de acrílico de manera sencilla; de igual manera, Hernández J, Padilla M. (2011), refieren que en la corrección de la MCA dentaria, la utilización del plano inclinado es una opción excelente y de fácil aceptación por los niños. Al respecto, Gonzáles D, Alemán P, Delgado Y. (2015) en su presentación de video nos muestran lo sencillo que es la fabricación de esta aparatología y su sencillo manejo en la solución de la MCA en casos simples; asimismo, en su revisión de la literatura, refieren que el plano inclinado de acrílico es un aparato de aplicación muy sencilla que incluso puede ser fabricada e indicada por el odontólogo general; asimismo, Carrasco B. (2018) menciona que el plano inclinado, constituye una opción ortopédica indicada para tratar un solo diente o un segmento que se encuentre en mordida cruzada anterior^{13, 19, 20, 23}

En este reporte de caso se logró revertir la mordida cruzada anterior unidental en un periodo corto luego de la instalación de la aparatología interceptiva plano inclinado, el cual fue de 4 semanas; Mato A, Pérez L, Rodríguez M, et al. (2016), obtuvo resultados similares en su estudio, en el que la mayoría de su muestra (93%) pudo corregir dicha maloclusión antes del primer mes; Carrasco B. (2018) en su reporte de caso también logró un periodo corto de tratamiento con la misma aparatología, en el que luego de 2 meses se pudo corregir la MCA. En otro estudio, Rodríguez C, Hernández J. (2017) obtuvieron como resultado un tiempo promedio de 8.5 semanas de tratamiento, con el que logró revertir dicha maloclusión que al diagnóstico era una mordida cruzada anterior completa.^{13, 15, 17}

III.- CONCLUSIONES

1. Se estableció el manejo clínico en un paciente niño con mordida cruzada anterior unidental, logrando descruzar la MCA haciendo uso de la aparatología interceptiva plano inclinado confeccionada de acrílico.
2. Se corrigió el posicionamiento del eje de inclinación de la pieza dentaria 21 mediante la intervención con la aparatología interceptiva plano inclinado en un paciente niño con mordida cruzada anterior unidental.
3. Se corrigió la función oclusal y estética con la aparatología interceptiva plano inclinado en un paciente niño con mordida cruzada anterior unidental, obteniendo un OB de 20% (21/31) y un OJ de 2mm (21/31).

Referencias bibliográficas

1. Pino I, Véliz O, García P. Maloclusiones, según el índice de estética dental, en estudiantes de séptimo grado de Santa Clara. *Medicent Electrón*[Internet]. 2014[Citado el 12 de septiembre del 2020]; 18(4): 177-179. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30432014000400007
2. Toffol L, Pavoni C, Baccetti T, Franchi L, Cozza P. Orthopedic treatment outcomes in Class III malocclusion. A systematic review. *Angle Orthod*[Internet]. 2008[Citado el 12 de septiembre del 2020]; 78(3): 561-573. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18416617/>
3. Mosby. *Diccionario de Odontología*. 2da Edición. España: Elsevier;2009.
4. Di Santi J, Vázquez V. Maloclusión Clase I: Definición, clasificación, características clínicas y tratamiento. *Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría*[Internet]. 2003[Citado el 14 de septiembre del 2020]; Disponible en: <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2003/art-8/>
5. Gonzáles N. Prevalencia de Anomalías dentomaxilofaciales en alumnos de la I.E 40081 Miguel César Augusto Mazeyra Acosta, Arequipa 2014[Pregrado]. Universidad Católica Santa María de Arequipa, Arequipa-Perú;2015.
6. Miyajima K, McNamara J, Sana M, Murata S. An estimation of craniofacial growth in the untreated Class III female with anterior crossbite. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*[Internet] 1997[Citado el 15 de septiembre del 2020]; 112(4): 425-34. Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/9345155/>

7. Cuarto Estudio Nacional de Salud Bucal-ENSAB IV[Internet].2014 [Citado el 16 de septiembre del 2020]. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ENT/abc-salud-bucal.pdf>
8. Calanche L, Mora D, Peña N. Estudio descriptivo de la prevalencia de mordida cruzada en pacientes que acuden a la clínica de ortopedia y ortodoncia de la Universidad José Antonio Páez periodo junio 2014-enero 2015[Pregrado]. Universidad José Antonio Páez, Venezuela; 2015.
9. Pérez R. Prevalencia de maloclusiones según angle en niños de la Institución Educativa Viva el Perú del nivel primario, Santiago-Cusco, 2015[Pregrado]. Universidad Andina del Cusco, Perú; 2015.
10. Canut J. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 2da Edición. Barcelona: Masson; 2005.
11. Quirós O. El plano inclinado para el tratamiento de la mordida cruzada anterior. Revista de Odontopediatría Latinoamericana ALOP[Internet]. 2003[Citado el 18 de septiembre del 2020]; 40 (3). Disponible en: http://www.actaodontologica.com/ediciones/2002/3/plano_inclinado_mordida_cruzada_anterior.asp
12. Gonzáles A, Teixeira V, Medina A. Corrección de mordida cruzada anterior de origen dental y recesión gingival en dentición mixta temprana. Reporte de caso. Revista de Odontopediatría Latinoamericana ALOP[Internet]. 2019[Citado el 19 de septiembre del 2020]; 9(2): 188-197. Disponible en: [https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2019/2/art-10/.](https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2019/2/art-10/)

13. Carrasco B. Corrección de mordida cruzada anterior mediante el uso de plano inclinado realizado en Universidad de Monterrey: Reporte de caso. Revista Mexicana de Estomatología[Internet]. 2018 [Citado el 20 de septiembre del 2020]; 5(1): 14-15. Disponible en: <https://www.remexesto.com/index.php/remexesto/article/view/184/326>
14. De la Cruz J. Mordida cruzada anterior dentaria en dentición mixta. Reporte de caso[Postgrado]. Universidad Católica los Ángeles de Chimbote, Chimbote-Perú; 2018.
15. Rodríguez C, Hernández J. Tratamiento de la mordida cruzada anterior con plano inclinado anterior. Efecto sobre los arcos dentales. Rev Odopediatr Latinoam [Internet]. 2017 [Citado el 21 de septiembre del 2020]; 7(1): 44-53. Disponible en: <https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2017/1/art-6/>
16. Salinas I. Mordida cruzada anterior unidental. Tratamiento: Plano inclinado; resortes y acetato programado[Pregrado]. Universidad Nacional Autónoma de México, México; 2017.
17. Mato A, Pérez L, Rodríguez M, et al. Mordida cruzada anterior y tratamiento en la atención primaria. Rev Ciencias Médicas[Internet]. 2016[Citado el 21 de septiembre del 2020]; 20(4): 458-464. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=68326#>
18. Maldonado J, Aquino A. Mordida cruzada anterior dental: terapéutica a base de bite block. Reporte de un caso. Odontología Pediátrica[Internet]. 2016[Citado el 23 de septiembre del 2020]; 24(3): 228-235. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6347374>

19. González D, Alemán P, Delgado Y. plano inclinado de acrílico: opción válida en el tratamiento de las mordidas invertidas [Internet]. 2015 [Citado el 23 de septiembre del 2020]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000600009&Ing=es&tIng=pt
20. González D, Alemán P, Delgado Y, Ortega L. Presentación del video: confección del plano inclinado de acrílico[Internet]. 2015[Citado el 25 de septiembre del 2020]. Disponible en: <http://www.estomatologia2015.sld.cu/index.php/estomatologia/nov2015/paper/view/91>
21. González D, Alemán P, Delgado Y. Prevención y tratamiento precoz de la Oclusión Invertida en la Atención Primaria de Salud. Revista Habanera de Ciencias Médicas[Internet]. 2015 [Citado el 25 de septiembre del 2020]; 14(6): 795-805. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2015000600009&Ing=es&tIng=pt.
22. Ruiz C, Sáez G. Corrección de mordida cruzada anterior con ortopedia. Rev Mex Ortodon[Internet]. 2015[Citado el 28 de septiembre del 2020]; 3(4): 239-248. Disponible en: <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-ortodoncia-126-articulo-correccion-mordida-cruzada-anterior-con-S2395921516000647>
23. Hernández J, Padilla M. Tratamiento temprano de la mordida cruzada anterior. Revisión de la literatura. Rev. Estomat [Internet]. 2011[Citado el 28 de septiembre del 2020]; 19(2): 40-47. Disponible en: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-875178>

24. Jara P. Mordida cruzada anterior dental. Reporte de caso[Postgrado]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima-Perú;2009.

Anexos

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, Montez Vasquez, Fany Alina, identificada con DNI N° 27736621, manifiesto que he sido informada sobre los beneficios que podría suponer la publicación de los resultados de la Historia Clínica y fotografías sobre el tratamiento con aparatología interceptiva plano inclinado de mi menor hijo con mordida cruzada anterior para fines clínicos y de investigación.

He sido informada de los posibles perjuicios que este proceder pueda tener sobre la propia salud y bienestar de mi menor hijo.

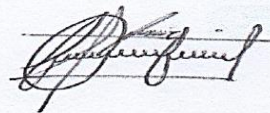
He sido también informada de que sus datos personales serán protegidos, permitiendo la muestra de fotografías que evidencien el caso.

Tomando ello en consideración, OTORGO MI CONSENTIMIENTO a que dicho caso sea reportado para cubrir los objetivos especificados.

Chimbote, noviembre 2018.



Firma del apoderado



Firma del operador

C.D. Junior Ruben Palomino Maza

COP: 34038

Anexo 2

FOTOGRAFÍAS DEL REPORTE DE CASO

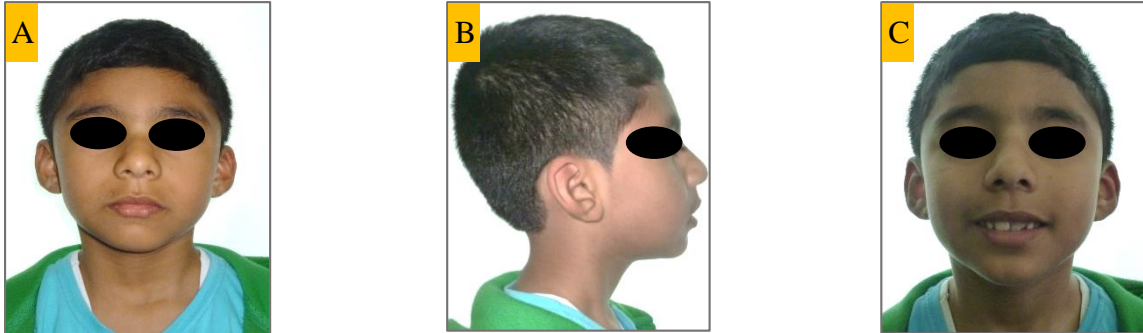


Fig.1 Fotografías extraorales iniciales del paciente: **Fig.1.A** Fotografía de frente, **Fig.1.B** Fotografía de perfil, **Fig.1.C** Fotografía de sonrisa.

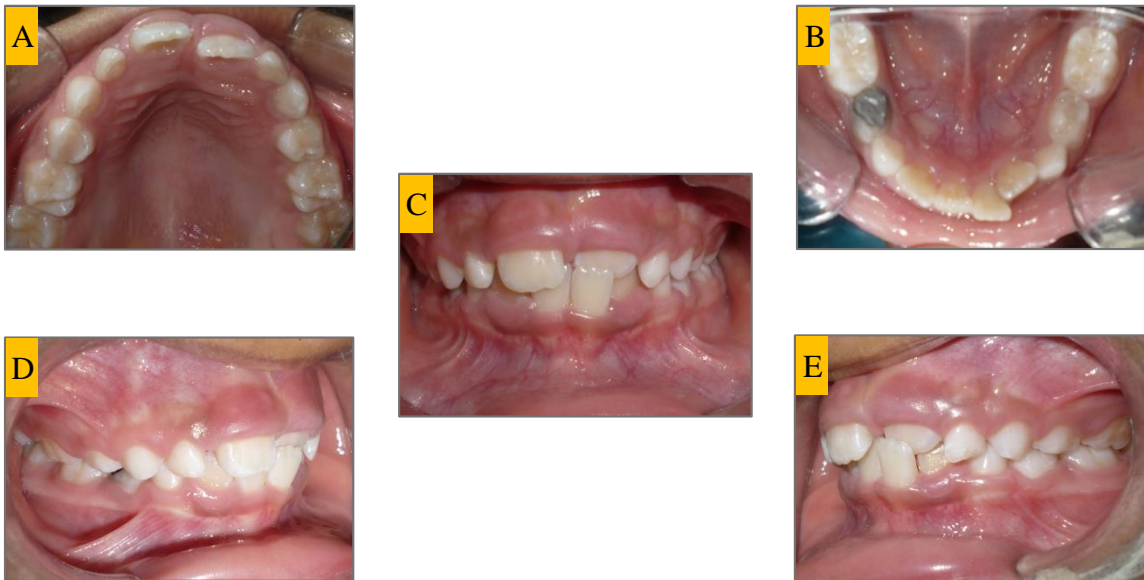


Fig.2 Fotografías intraorales iniciales del paciente: **Fig.2.A** Oclusal superior, **Fig.2.B** Oclusal inferior, **Fig.2.C** Fotografía frontal, **Fig.2.D** Lateral derecha, **Fig.2.E** Lateral Izquierda.

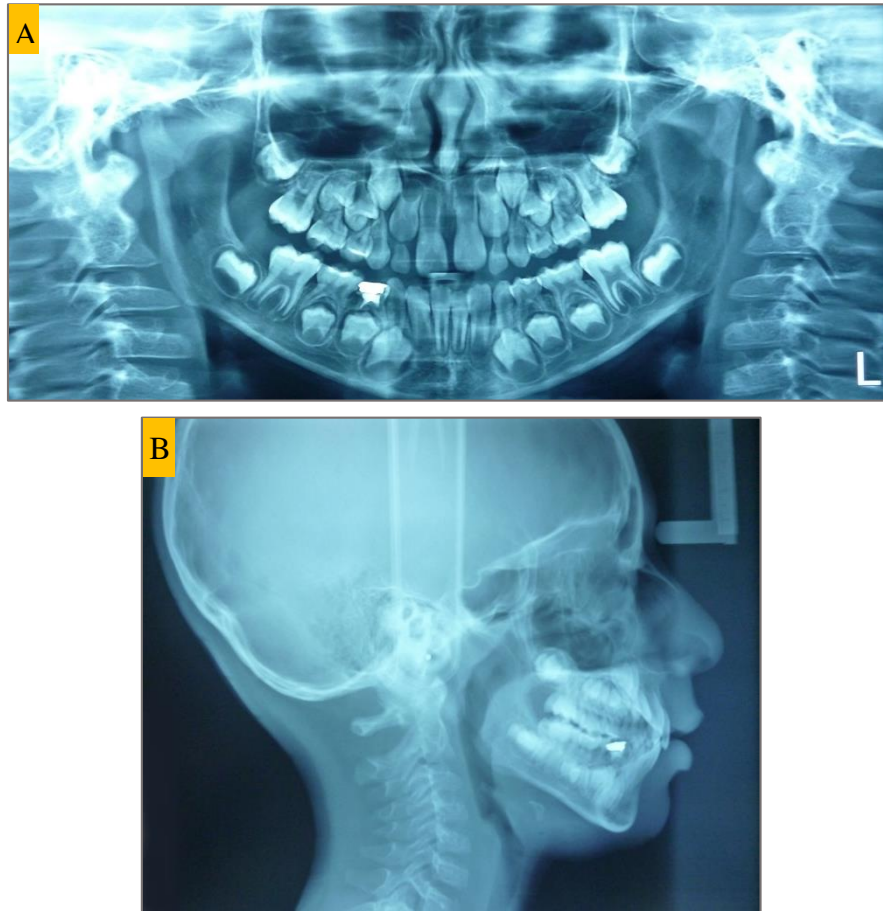


Fig.3 Radiografías iniciales del paciente: **Fig.3.A** Radiografía panorámica y **Fig.3.B** Radiografía lateral de cráneo.

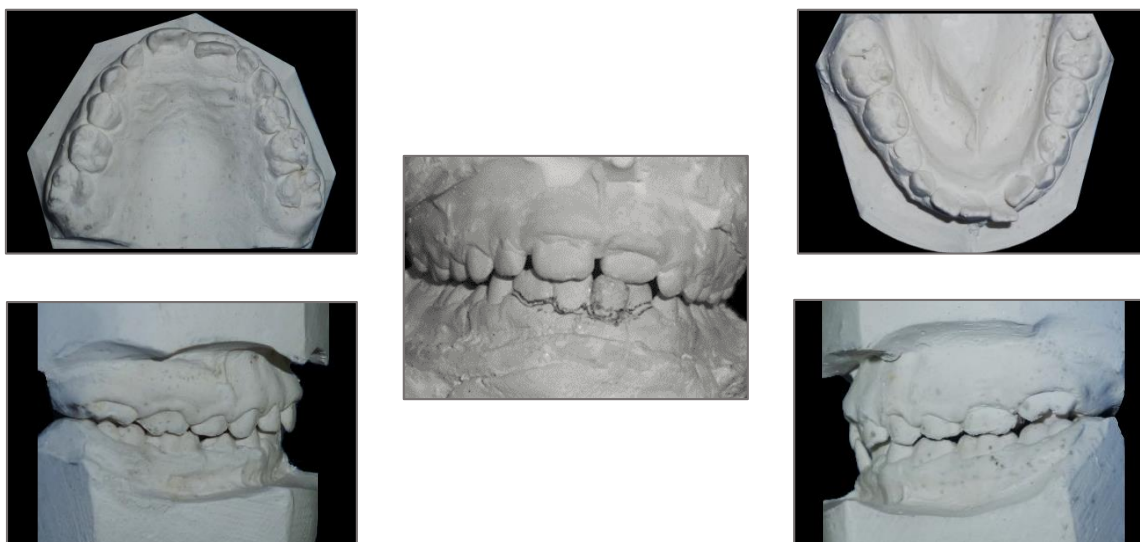


Fig.4 Modelos de estudio iniciales del paciente.



Fig.5 Montaje de los modelos de estudio iniciales del paciente.



Fig.6 Confección de aparatología interceptiva plano inclinado deacrílico.



Fig.7 Instalación de aparatología interceptiva plano inclinado deacrílico en boca.

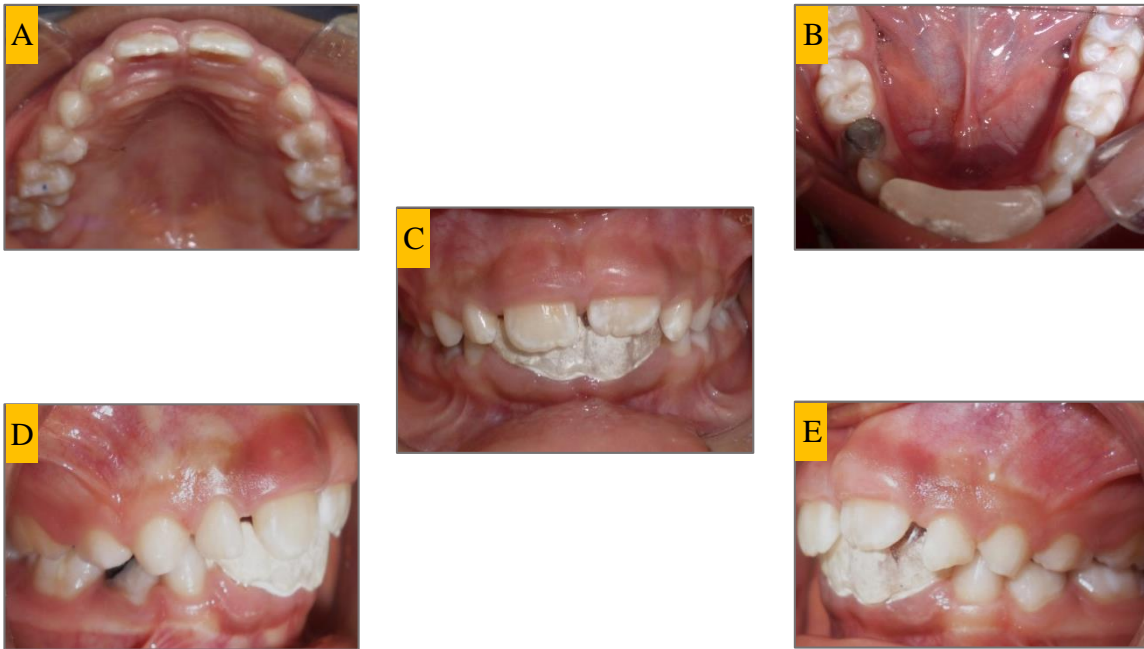


Fig.8 Control a los 7 días: **Fig.8.A** Oclusal superior, **Fig.8.B** Oclusal inferior, **Fig.8.C** Fotografía frontal, **Fig.8.D** Lateral derecha, **Fig.8.E** Lateral Izquierda.

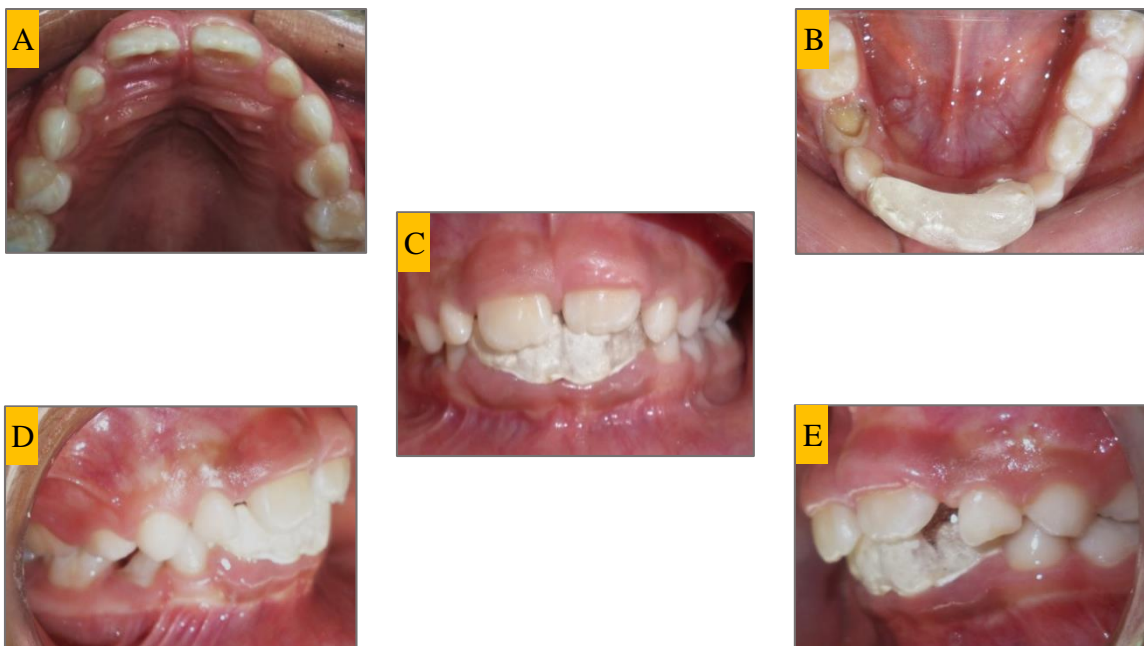


Fig.9 Control a los 14 días: **Fig.9.A** Oclusal superior, **Fig.9.B** Oclusal inferior, **Fig.9.C** Fotografía frontal, **Fig.9.D** Lateral derecha, **Fig.9.E** Lateral Izquierda.



Fig.10 Control y retiro de aparatología interceptiva plano inclinado deacrílico al mes:
Fig.10.A Oclusal superior, **Fig.10.B** Oclusal inferior, **Fig.10.C** Fotografía frontal,
Fig.10.D Lateral derecha, **Fig.10.E** Lateral Izquierda.