



*4tas Jornadas Internacionales de Actualización en Ortodoncia de la
Facultad de Odontología de La Plata*



					
Dra María Laura Irurzún		Dra. Andreia Cotrim Ferreira		Dr. Ricardo Voss Zuazola	
Certamen abierto de Posters Científicos					
Informes e inscripción. Oficina de Contable de la Facultad de Odontología de La Plata. Calle 1 y 115. Tel fax: 0221 423 6777. Horario de atención. Lunes a Viernes de 8 a 14 hs. E-mail: jornadasortodonciafolp@gmail.com Web: www.jornadasortodonciafolp.com					

***Libro de Resúmenes
correspondientes correspondientes a
las 4tas Jornadas Internacionales de
Actualización en Ortodoncia***



*Carrera de Especialización en Ortodoncia de la Facultad de
Odontología de la Universidad Nacional de La Plata*

Compiladores:

Od Virginia Pellegrini

Od Soledad Ruscitti

INDICE

Indice.....	4
Prólogo.....	5
Comité Organizador.....	6
Dictantes.....	7
Cronograma de actividades.....	10
Comité científico.....	11
RESÚMENS DE POSTERS.....	12
Indice de Autores.....	34

PROLOGO

Fueron el fin de éstas Jornadas la constante actualización y crecimiento dentro de la Especialización en Ortodoncia, estando a la vanguardia de los últimos resultados y actualizaciones realizadas en las diferentes Universidades y Postgrados de Ortodoncia.

Las Jornadas se desarrollaron en la Ciudad de La Plata, Argentina, entre los días 2 y 3 de Julio de 2015, en el Auditorio Dra. Mercedes Medina del Edificio Anexo de la Facultad de Odontología de la Plata.

Contamos con un programa científico, que comenzó el día Jueves 2 de Julio con la Conferencia del Dr. Ricardo Moresca, especialista en Ortodoncia y Ortopedia Facial del Universidad Federal de Paraná, Curitiba, Brasil, quien disertó sobre las últimas novedades de la Técnica MBT , al finalizar la disertación se defendieron los Posters Científicos. El día Viernes 3 de Julio disertó la Dra. Silvana Palacios Trentini, oriunda de Chile , quien obtuvo su título de Cirujano Dentista en la Universidad de Chile, quien presentó todo lo relacionado con Ortodoncia Acelerada, Corticotomía y Autoligado. Durante la tarde presentó su conferencia la Dra Mónica Beatriz Diaz de Omodeo, reconocida especialista en Ortodoncia, Argentina.

COMITÉ ORGANIZADOR

Dra Andrea Erica Bono PRESIDENTE DE LAS JORNADAS

Dra Ivana Perdomo VICE PRESIDENTE

Dra María Monica Betti SECRETARIO

Dra Soledad Bianchi VOCAL

Dra Soledad Ruscitti VOCAL

Dra Virginia Pellegrini VOCAL

Dr Cesar Lucheti VOCAL

REDACCION DE LIBRO DE RESUMENES

OD VIRGINIA PELLEGRINI. OD SOLEDAD RUSCITTI

4tas Jornadas Internacionales de Actualización en Ortodoncia de la Facultad de Odontología de La Plata



DICTANTES

Dr. Ricardo Voss



- **Profesor titular de ortodoncia y ortopedia dentomaxilofacial de la Universidad de Valparaíso Chile,**
- Profesor titular y director del post grado y magister en ortodoncia y ortopedia dentomaxilofacial, Facultad de la salud, Universidad Viña del Mar 2012 – 2015.**
- Ha realizado su formación en filosofía MEAW (multiloop edgewise archwire) ,**
- **Dictante de conferencias y cursos nacionales e internacionales, en todos los países de centro y Latinoamérica, en Mexico, USA, Korea, Japon y España.**
- Conferencista oficial de Meaw foundation,**
- 45 años de dedicación exclusiva a la ortodoncia**

Dra. Andreia Cotrim Ferreira



-Magister en Ortodoncia de la Facultad de Odontología de la Universidad de San Pablo.

-Profesora del Curso de Especialización en Ortodoncia del Instituto Vellini.

- Coordinadora de Cursos Clínico y Laboratorio en Ortodoncia Lingual del Instituto Vellini. ---Co-autora del libro: Ortodoncia – Diagnóstico y Planeamiento Clínico actualmente en 7ª edición en portugues .

-Autora del libro: Ortodontia Clinica – Tratamento com Aparelhos Fixos

Dra. María Laura Irurzún



-Profesora y Jefe del Curso de Ortodoncia en el Programa de Post Grado de la Universidad de Salvador en la ciudad de Buenos Aires Argentina.

-Miembro de la SAO.

- Experimentada profesional en el uso de los mini implantes para anclaje esquelético.

-Miembro Internacional AAO y la WFO. Reconocida especialista en Ortodoncia, Argentina.

Cronograma de actividades.
4tas Jornadas Internacionales de Actualización en Ortodoncia
6 y 7 de Julio 2016.CEO-FOLP-UNLP

Miércoles 6 de Julio

8.00 hs.	Acreditación
8,30 hs.	Acto Inaugural
9,00 hs.	Conferencia Dra Andreia Cotrim Ferreira
10,30 hs. A 11 hs.	Coffe Break
11,00 á 12,30 hs.	Conferencia Dra. Andreia Cotrim Ferreira
12,30 á 14,30 hs.	Receso.
14,30 á 16,00 hs.	Conferencia Dra Laura Irurzún
16,00 á 16,30 hs.	Cofee Break
16,30 á 18,00 hs	Conferencia Dra Laura Irurzún

Presentación de Posters Científicos

Día Jueves 7 de Julio de 2015

8,30 hs. á 10,30 hs	Conferencia Dr. Ricardo Voss
10,00 hs á10,30 hs	Cofee Break en la salida del Auditorio
10.30 hs. á 12,30 hs	Conferencia Dr. Ricardo Voss
12.30 hs á14,30HS	Receso.
14.30 hs. á 16,00hs	Conferencia Dr. Ricardo Voss
16,00 hs á 16,30hs.	Coffee Break
16,30 hs á 17,30 hs	Conferencia Dr. Ricardo Voss
17,30 hs.	Cierre de Jornadas. Entrega de premios a Posters Científicos

COMITÉ CIENTÍFICO

DRA BONO ANDREA

DR FACUNDO CARIDE

DRA SUSANA MICINQUEVICH

DRA ANA KITRILAKIS

DRA MARGARINA IOANIDIS

DR RICARDO MIGUEL

DRA ANA RANCICH

DRA MIRTA PINTO

DRA SALLA ESPIEL

ARTÍCULOS

CASOS CLINICOS

Canino Retenido, Liberación Y Tracción Ortodoncica

J. M .ARRACHEA; A.HERNANDEZ

Hospital Zonal Especializado En Odontologia Infantil "Dr. Adolfo M.Bollini"

Introduccion:Canino retenido es aquel que llegada la época de su normal erupción, 11 a 13 años para el superior, 10 a 11 años para el inferior; y habiendo alcanzado su desarrollo pleno (diente formado), queda incluido o encerrado en el maxilar manteniendo integro su saco pericoronario. El diagnóstico y tratamiento de estas piezas dentarias retenidas se hace necesario con el fin de evitar complicaciones posteriores que comprometan la integridad del arco dental. Cuando nos encontramos con dientes incluidos, podemos tomar tres actitudes: Abstención terapéutica, extracción quirúrgica y recolocación del diente incluido en la arcada dentaria a través de las siguientes técnicas ortodoncico - quirúrgicas: colgajo vestibular de reposición completa, colgajo palatino de reposición completa, colgajo vestibular de reposición apical, colgajo vestibular de reposición y translación apical y alveolectomía conductora. Se han utilizado varias técnicas para el movimiento de estas piezas dentarias y lograr su alineación apropiada, que incluyen el uso de resortes de alambre liviano, ansas dobladas en el arco y cadenas elastomericas. **Descripción del Caso:**Se describe el caso clínico de una paciente atendida en la Residencia de Ortodoncia y el area de cirugía del Hospital Zonal de Odontología Infantil Dr. A. M. Bollini de sexo femenino de 14 años de edad. Luego de un exhaustivo examen clínico y radiográfico se arriva al siguiente diagnóstico: inclusion de las piezas dentarias 13 y 23. El tratamiento llevado a cabo fue la liberación de la pieza dentaria 13 a traves de la realización de un colgajo palatino de reposición completa para el descrubimiento coronario de la misma y la posterior colocación de un aditamento junto con un resorte de alambre liviano mediante una tecnica adhesiva para su posterior tracción hacia el espacio que debe ocupar en la arcada. **Conclusiones:**El diagnóstico y tratamiento de estas piezas dentarias incluidas se hace necesario con el fin de evitar complicaciones posteriores que comprometan la integridad del arco dental. El éxito del tratamiento mediante la tracción de los caninos retenidos se basa en un diagnóstico adecuado, en una correcta planificación, y en el trabajo de un equipo interdisciplinario ortodónico quirúrgico.

Activación De Suturas Para Corrección De Clase III Esqueletal En Dentición Mixta.

A.M.FUNARO; M. CAPECE;M.PINTO;A.CARSALADE; NOGAREDA C

Lugar de Trabajo. Cátedra de Técnicas Varias. Carrera de Ortodoncia . FOLP.UNLP.

Introducción: Los componentes de crecimiento del maxilar son membranosos, obedecen al ritmo de la función y de los órganos contenidos en la cara media; los componentes de crecimiento de la mandíbula son cartilaginoso en la cabeza del cóndilo y obedece a las glándulas y sus hormonas, siendo un crecimiento mixto: membranoso y cartilaginoso.¹ Se pueden lograr cambios de orientación en el maxilar superior con respecto a la base del cráneo.² La fuerza extraoral va más allá de inhibir el crecimiento o modificar su dirección provocando modificaciones cráneo-faciales. Durante la dentición mixta con intensidad adecuada, sería factible modificar el patrón de crecimiento de estructuras óseas próximas y más o menos alejadas de la cavidad bucal³. Se actúa sobre las suturas aplicando fuerzas ortopédicas fuertes³. Jean Delaire, fue el creador de la máscara de tracción frontal para adelantar el macizo maxilar. J.M. Salagnac, dio una nueva aplicación de la máscara clásica, para adelantar solo la premaxila, abriendo la sutura que bordea a ésta.

Descripción: Paciente: masculino, edad: 10 años. Biotipo: braquifacial severo. VERT:1,23. Patrón esquelético: clase III molar, ángulo SNA: 80°; SNB 82°, mordida invertida anterior; tamaño mandibular aumentado. Perfil recto tendencia a cóncavo, perfil labial superior e inferior positivo.

Objetivos: Liberar traba oclusal; activación mecánica de sutura maxilopalatina, corregir llave molar, mordida cruzada anterior. Devolver funcionalidad al sistema estomatognático, mediante la función masticatoria y deglutoria quienes estimularán el crecimiento del área premaxilar. **Conclusiones:** Las maloclusiones de clase III en edades tempranas pueden corregirse a través de la activación mecánica de las suturas. Gracias al origen membranoso o conjuntivo de la premaxila los estímulos mecánicos dan respuestas favorables en las suturas beneficiando su crecimiento. La sutura maxilopalatina contribuye al crecimiento anteroposterior y se activa con la tracción de la máscara de Delaire, con límite de desplazamiento del maxilar hacia adelante hasta la pubertad. Los tratamientos deben ser hasta llegar al final del brote de crecimiento puberal⁴.

Ortodoncia Interceptiva En Una Oclusión Progénica Forzada Por Acomodación En Dentición Temporal: Reporte De Un Caso

D. PÉREZ GALASSO; N. CALDERÓN VIVANCO

Diplomado de Ortodoncia Interceptiva. Facultad de Odontología, Universidad de Chile.

Introducción La oclusión progénica forzada por acomodación sin alteraciones secundarias, es una Anomalia Dentomaxilar (ADM) Intermaxilar en sentido sagital según la clasificación biogenética modificada. Se caracteriza por la presencia de una mordida invertida dentoalveolar de todo el grupo incisivo, provocada por alguna interferencia al momento del cierre, generando una acomodación mandibular (protrusión) para lograr una oclusión más estable. **Descripción del caso** Paciente sexo masculino, 4 años de edad, acude a la clínica de Ortodoncia Interceptiva de la Universidad de Chile, derivado por una mordida invertida. Se solicitan exámenes complementarios de modelos, imagenológicos (radiografía panorámica), y en conjunto con el análisis clínico, se llega a la siguiente síntesis diagnóstica: Paciente sexo masculino, 4 años de edad, dentición temporal. Braquicéfalo y euriprosopo. Perfil medio anteinclinado. Rotación mandibular media. A nivel dentoalveolar, el maxilar superior y la mandíbula poseen las arcadas de forma semicircular, presencia de espacios de primates, zonas incisivas diastemadas y policaries. A nivel oclusal, presenta un Overbite (OB): +3.0mm, Overjet (OJ): -2.0mm. Mesioclusión canina bilateral. Escalón mesial bilateral. Mordida invertida de todo el grupo incisivo. Líneas medias dentarias coincidentes. Al examen funcional, presenta una posición lingual descendida, interposición lingual en fonarticulación, y al realizar el examen de máxima retrusiva, llega al vis a vis (interferencia entre pzas. 5.1/8.1). Tratamiento efectuado: Luego del alta de Odontopediatría, se comenzó con el tratamiento en base al uso de un aparato removible superior con resortes de protrusión para incisivos y caninos, tornillo de expansión central, asa vestibular, retenedor Adams en los 2dos molares temporales y planos de altura en los sectores laterales. Se le indicó utilizar el aparato todo el día, solo retirarlo para su limpieza. Se realizó la activación de los resortes, cada 15 días. En el plazo de 4 meses, se logró el descruce de la zona incisiva, en la cual se realizaron algunos desgastes selectivos. Posteriormente, se procedió a generar el desgaste de los planos de altura poco a poco, cada 15 días durante 3 meses, hasta lograr un correcto engranaje dentario. Se derivó al kinesiólogo y fonoaudiólogo por los malos hábitos. **Conclusiones** El éxito del tratamiento se logró en un corto plazo, debido a que la anomalía era de tipo dentoalveolar, sin compromiso esquelético, tratada de forma oportuna y a edad temprana. Los cambios fueron significativos en el perfil (de anteinclinado a retroinclinado), y a nivel intraoral, se obtuvo un óptimo OB y OJ. Además, se debe considerar dentro de los factores que contribuyeron a los buenos resultados, la adherencia al tratamiento por parte del niño, como de sus padres. Cabe destacar, que si esta anomalía no se hubiese tratado, el paciente al final de su adolescencia tendría una clase III esquelética, la cual puede afectar la estética y funcionalidad del sistema estomatognático. Es por esto, que realizar un tratamiento interceptivo en estas anomalías, genera muchos beneficios para los pacientes, impidiendo su progresión.

¿Nunca Trato Con Extracciones A Un Paciente Braquifacial Severo?

F.L. FURLAN

Dictante del "Curso clínico global de Iniciación a la Ortodoncia" SOLP

Dictante del curso: "Tratamiento precoz de las maloclusiones" SAO.

Introducción: En general, los pacientes con características braquifaciales tienen el tercio inferior de su cara disminuido, con tendencia a poseer un perfil cóncavo. Su musculatura está muy bien desarrollada y el plano oclusal está alterado, con una curva de Spee muy acentuada, que dificulta el proceso de la masticación. La birretrusión anterior es una característica constante. Cuando tenemos que definir el plan de tratamiento generalmente buscamos recursos ortodóncicos conservadores, es decir, tratamos de no recurrir a las exodoncias para no profundizar la mordida. Estas características las podemos encontrar tanto en pacientes de clase I, II o III y es en la clase II división 2 en la que se observa con más frecuencia. **Descripción del caso:** Se presenta el caso clínico de una paciente adulta joven de 30 años de edad, con una maloclusión de clase I molar, clase II canina, apiñamiento severo superior e inferior, retención intraósea de la pieza dentaria 13 y persistencia del 53 en la arcada, pieza 23 en mordida invertida, clase I esquelética, biotipo: braquifacial severo. Se desarrolla los diferentes pasos en el plan de tratamiento como así también los recursos y biomecánica utilizada para la resolución del caso. **Conclusiones:** A pesar de las características biotipológicas de la paciente, hubo que optar por tratarla con cuatro extracciones dado el apiñamiento severo que presentaba en ambas arcadas. En estos casos debemos ser muy cuidadosos con la biomecánica utilizada para no acentuar la sobremordida. Un recurso muy efectivo, es el empleo de arcos "curva reversa" especialmente en la arcada inferior para el aplanamiento de la curva de Spee. Teniendo en cuenta estos recaudos podremos lograr excelentes resultados estéticos y funcionales.

Ortopedia Neuromuscular.

Paciente Pediátrico con Laxitud Sistémica Aumentada como Factor Predisponente de Disfunción Craneocervicomandibular. Caso Clínico

M.C.GIL; S.RUSCITTI

Introducción : Paciente de sexo femenino en crecimiento que concurre a la consulta para evaluar la necesidad de un tratamiento de ortopedia funcional de los maxilares y bruxismo.

Descripción del Caso: Paciente de sexo femenino en crecimiento. Biotipología Braquifacial 1.58 clase I esquelética y alveolar; escalón recto derecho y mesial izquierdo; incisivo inferior proinclinado, retruido y extruido; overjet y overbite normal; exposición incisiva aumentada; retrusión labio inferior; maxilar superior protruído; con respecto a la mandíbula, el cuerpo es armónico y se espera avance del mentón. En el análisis facial se observa leve asimetría, tercios faciales equilibrados. En el análisis bucal encontramos arcadas redondeadas, distopías varias, una discrepancia dentaria inferior de -1mm. La línea media inferior se encuentra desviada 2mm. Al analizar la articulación temporomandibular, presenta un ruido articular en apertura y cierre, sin dolor y una apertura de 47 mm. . Cuando se realiza el Test de Beighton, muestra un grado de hipermovilidad moderada, relacionada con el rango de apertura, encuadramos al paciente dentro de la laxitud sistémica aumentada, considerada una de las anomalías del colágeno. Se realiza entonces, tratamiento de ortopedia neuromuscular funcional de los maxilares.

Conclusiones: Siendo la disfunción temporomandibular una patología de origen multifactorial, que requiere para su detección y tratamiento de todos los elementos que tengamos a nuestra disposición, es importante recalcar la necesidad de su tratamiento en forma interdisciplinaria. Identificar esta patología antes de realizar cualquier otra práctica odontológica, permitirá limitar el daño, evitando complicaciones a futuro, como desgastes de las superficies articulares que pueden ocasionar condiciones patológicas progresivas desde una artritis hacia una artrosis precoz.

Clase II Unilateral. Corrección Con Aparatología De Gigli

GIMENEZ; M. PALMINTERI Hospital Zonal Especializado en Odontología Infantil “Dr. Adolfo M. Bollini” Introducción: La maloclusión dental clase II unilateral ha tenido varios enfoques de tratamiento a lo largo de la historia de la ortodoncia. Actualmente, el manejo ortodóncico para corregir las maloclusiones dentales unilaterales, procura evitar en gran medida la extracción dental, por lo que resulta conveniente recurrir a otras alternativas terapéuticas como el distalamiento molar, dentro de estas, una opción es la utilización del aparato distalador de Gigli. El presente caso clínico ilustra la secuencia terapéutica y los resultados obtenidos con esta aparatología. Descripción del Caso: Paciente de sexo masculino de 12 años de edad. Biotipología Braquifacial. Dentición permanente. Clase II 2da, subdivisión derecha, línea media dentaria superior desviada, resalte disminuido, sobremordida incisiva, apiñamiento moderado ambos maxilares sector anterior. Clase II esquelética y alveolar. A partir del correcto diagnóstico, se planifica la utilización del aparato de Gigli. Conclusiones: La aparatología de Gigli representa un elemento auxiliar de fácil construcción, colocación y sencillo manejo clínico, es sumamente eficiente en el manejo de casos de clase II, permitiendo lograr una correcta clase I molar y canina, contribuyendo así al logro de los objetivos del tratamiento.

Siempre Es Preferible El Tratamiento Precoz De Las Maloclusiones.

M. RUIZ; L. FURLAN; N. HENDERSON; M. BETI; Y. TOMASINSICH; S RAMON.; E SCHMIDT
Curso clínico global de iniciación a la Ortodoncia. *SOLP-UCALP*

Introducción: La mordida invertida del incisivo superior se presenta frecuentemente a temprana edad. Es una maloclusión que debe ser tratada precozmente para evitar complicaciones como trauma oclusal de la pieza, recesiones gingivales en el incisivo antagonista, desviación mandibular funcional o incluso falta de desarrollo de la premaxila. A temprana edad podemos solucionarlo con métodos sencillos como por ejemplo aparatología removible. Si dicha maloclusión perdura hasta la adultez, el tratamiento será más complejo y el paciente presentará signos del trauma oclusal antes mencionado. **Descripción del caso:** Se presentan dos casos clínicos con la misma maloclusión tratada en diferentes momentos. El primero se trata de una niña de 8 años de edad donde puede observarse la mordida invertida de la pieza 21. Se realizó el tratamiento en dentición mixta con una placa activa con tornillo medio, superficies oclusales cubiertas y resorte corbata en palatino del incisivo palatinizado, logrando excelentes resultados en tan sólo tres meses. El segundo caso es de un paciente adulto de sexo masculino, de 45 años de edad. Presenta mordida invertida de la pieza 11, puede observarse un notorio desgaste del esmalte en dicha pieza y recesión gingival en la pieza 41 producto de tantos años de trauma oclusal. Se utilizó aparatología fija, siendo el tratamiento más complejo y requiriendo mayor tiempo para su resolución. **Conclusiones:** El inicio de tratamiento de cualquier maloclusión debe propender a la eliminación de interferencias en el proceso de cierre mandibular. Ello, obviamente incluye el tratamiento temprano de las mordidas cruzadas, ya sean anteriores o laterales. Podemos observar y concluir con el desarrollo de este trabajo que siempre debemos tratar precozmente las maloclusiones dado que podremos hacerlo de manera más sencilla, rápida y efectiva, promoviendo el normal crecimiento del niño y reduciendo los efectos indeseados de dicha maloclusión en las piezas dentarias y tejidos de soporte.

Fuerzas Ortopédicas Fuertes: Tracción Postero – Anterior

M. HERNANDEZ; M.C. CAPECE; A. CARSALADE; M. PINTO; G. ASCORTI *Carrera de Especialización en Ortodoncia U.N.L.P. Asignatura Técnicas Varias. F.O.L.P*

Introducción: Las suturas de los huesos de origen membranoso, son biológicamente activables y obedecen al ritmo de la función, comportándose como verdaderas juntas de unión y dilatación para el equilibrado crecimiento y desarrollo. Pero también son activables mecánicamente, lo que permite entonces compensar con intervención mecánica lo que la disfunción está impidiendo; éstas son tanto más fáciles de activar mecánicamente, cuanto más joven sea nuestro paciente. La movilización de estas suturas membranosas es debido a la utilización de fuerzas fuertes interrumpidas que se transmiten al maxilar superior y en nuestro caso reaccionara la maxilo-palatina adelantándose. **Descripción del caso:** Paciente de sexo femenino que concurre a la primera consulta con 8 años y 11 meses de edad. En la misma se observó mordida invertida anterior. Según la cefalometria de Ricketts presentaba convexidad -4 mm, profundidad maxilar 84°, profundidad facial 87°, tamaño mandibular 69 mm, Incisivos superiores e inferiores protruidos y proinclinados. Se inicia el tratamiento con fuerzas ortopédicas fuertes (tracción póstero-anterior con máscara de Delaire); se colocó una gotera en maxilar superior con bandas en los primeros molares superiores. La tracción se implementó con una fuerza en el orden de los 450 gramos por lado a través del uso de gomas extraorales de 14 onzas, junto con una placa de Salagnac de uso continuo. Se indicó uso nocturno de la máscara y se la controló mensualmente. Una vez logrado el cruce de la mordida invertida anterior, se solicitaron nuevas radiografías y estudios cefalométricos de Ricketts para realizar las comparaciones pre y postratamiento. **Conclusiones:** La máscara facial brinda una excelente posibilidad terapéutica en edades tempranas, siempre que se obtenga un diagnóstico oportuno, adecuado y en tiempo y así como la colaboración del paciente y sus padres.

Mordida Invertida Anterior: Tratamiento Oportuno

L.NAVARRO; R.L. SCHEZZLER

Hospital Zonal Especializado en Odontología Infantil Adolfo M. Bollini

Introducción: La mordida cruzada anterior es una maloclusión que ocurre generalmente en la dentición primaria y mixta. Se identifica cuando uno o más dientes anterosuperiores se encuentran ocluyendo sobre la cara lingual de los inferiores. Puede tener un componente esquelético, dental o una combinación de ambos, pero cuando afecta a uno o varios dientes en forma aislada, la causa suele ser meramente dentaria. Es fundamental su tratamiento oportuno, ya que es un factor predisponente en el desarrollo de una maloclusión de clase III. A continuación se presentarán dos casos de mordida invertida anterior, atendidos en el Hospital Bollini de La Plata, tratados con alternativas terapéuticas diferentes. **Descripción del Caso:** Caso clínico I: Paciente sexo femenino, de 10 años de edad, atendido en la Residencia de Ortodoncia del Hospital Bollini de La Plata. Al examen clínico y radiográfico presenta plano post-láteo escalón mesial, mordida invertida anterior, longitud del arco disminuida, clase III esquelética y alveolar y biotipología braquifacial severo. Caso clínico II: Paciente sexo femenino, de 10 años de edad, atendido en la Residencia de Ortodoncia del Hospital Bollini de La Plata. Al examen clínico y radiográfico presenta plano post-láteo escalón mesial, mordida invertida anterior, longitud del arco disminuida; clase I esquelética y alveolar y biotipología mesofacial.

Conclusiones: El abordaje de la mordida invertida anterior en edades tempranas es de suma importancia para evitar el establecimiento de desarmonías esqueléticas, que promuevan la instalación de alteraciones funcionales. La ortopedia maxilar, aporta terapéuticas adecuadas para la resolución de este tipo de maloclusiones, que aplicadas oportunamente permiten un correcto desarrollo tanto del sistema estomatognático como de sus funciones.

Tratamiento Ortopédico-Miofuncional En Distoclusión

J. NOVELLI GIMENEZ; V. FRAGAPANE

Hospital Zonal Especializado En Odontología Infantil "Dr. Adolfo M. Bollini"

Introducción: La distoclusión y la estrechez maxilar son 2 disgnacias consideradas como las desarmonías dentoesqueletales más frecuentes en la práctica odontológica, ya que el 70% de las distoclusiones están acompañadas de un déficit de desarrollo transversal del maxilar superior. La distoclusión se caracteriza por una relación de clase II molar y canina, dentro de esta la relación de clase II 1ra división presenta un aumento en el resalte incisivo y proinclinación de los incisivos superiores; y la estrechez por una bóveda palatina profunda, rugas palatinas muy marcadas y disminución en el diámetro transversal de la arcada. En pacientes en edad de crecimiento y que presentan este tipo de anomalías, una de las terapéuticas indicadas es la disyunción rápida maxilar mediante el uso de disyuntor palatino, y luego una vez resuelta la anomalía a nivel transversal, se indica una segunda etapa de tratamiento funcional con un El activador abierto elástico de Klammt (AAEK). **Descripción del Caso:** Paciente de sexo masculino, de 10 años, atendido en la Residencia de Ortodoncia del Hospital Bollini de La Plata. Luego de un exhaustivo examen clínico, radiográfico y de modelos se arribó al siguiente diagnóstico: paciente en edad de crecimiento, el cual presenta biotipología dolicofacial, clase II esquelética, clase II alveolar, plano post-lacteo con escalón distal, resalte aumentado, marcada estrechez del maxilar superior, respiración bucal y deglución atípica. **Conclusiones:** El activador abierto elástico de Klammt (AAEK) y el disyuntor palatino, son una buena elección para la corrección temprana de estas dos disgnacias que se presentan con gran frecuencia en la consulta odontológica. Sustentando así, de acuerdo al diagnóstico integral un tratamiento adecuado.

Apiñamiento Severo: Extracción De Un Incisivo Inferior Como Alternativa De Tratamiento

E. ONGARINI PÉREZ

Introducción: Presentación de un caso clínico con apiñamiento dental inferior severo y compromiso de la pieza dentaria 31 por posición vestibular respecto a las tablas óseas y dehiscencia gingival. **Descripción del Caso:** Paciente de sexo masculino de once años de edad, biotipo mesofacial, clase I esquelético, alveolar, molar y canina. Apiñamiento dental inferior severo y superior leve. Por lo cual se decide la extracción de un incisivo inferior. Logrando de esta forma arcos aceptables, con una salud periodontal buena, obteniendo éxito a largo plazo. **Conclusión:** Las ventajas de la extracción de un incisivo inferior como alternativa de tratamiento son: tiempo de tratamiento corto, procedimientos más sencillos, mejoría en la posición del labio inferior y de los tejidos que lo rodean, entre otras.

Distalador Híbrido.

A.J.PEDERZOLI FERRERO

Lugar de Trabajo. Ciudad de La Plata.

Introducción: en algunos casos, es necesario corregir anomalías de tipo transversal, vertical o sagital antes de utilizar la técnica de arco recto. **Descripción del caso:** las características de este caso tales como: la edad del paciente, la anomalía, la discrepancia dentaria y los análisis cefalométricos; han ocasionado migraciones dentarias del sector posterior derecho. Esto genera una reducción del espacio necesario para la correcta erupción de las piezas 12 y 13. Para resolver este problema, se utilizó un distalador híbrido parecido al de 'Jig Jones'. El mismo está constituido por: el botón de Nance como anclaje, arcos seccionales, bandas molares con tubo, un resorte de níquel titanio y un tope de plata fundida. La fuerza de este resorte es de 70-75 gm. cada vez que se comprime el molar (cada 4 o 5 semanas). Como resultado, se produce un movimiento de 1-5 mm. **Conclusión:** el movimiento del primer molar se efectúa en 90-120 días. No es necesaria la colaboración del paciente. Se puede utilizar de uno o ambos lados, incluso si el segundo molar está erupcionado. Para finalizar, se coloca la barra palatina para mantener al primer molar en la correcta posición de Clase I.

Mordidas Cruzadas Anteriores. Un Simple Y Efectivo Método Para Su Tratamiento

M.R. PERTINO; P. LÓPEZ AKIMENCO; A. CARSALADE

Curso de Posgrado Ortodoncia Clínica - Colegio de Odontólogos Prov.de Bs. As. Distrito I

Introducción: El objetivo de este trabajo es aplicar un arco confeccionado en acero inoxidable, llamado arco multi-omegas, empleando una mecánica de protracción del sector dentario anterior, trabajando desde vestibular. El arco multi-omegas es una manera muy sencilla para descruzar las mordidas dento-alveolares anteriores, consiste en colocar un arco de acero redondo de 0.018" ó 0.020" que tiene que ir separado 2mm aproximadamente de los slots de los brackets de los incisivos superiores y por la cara mesial de los tubos de los molares superiores se realizan omegas, actuando como un verdadero resorte / **Descripción del caso:** Paciente sexo femenino, 11 años de edad, biotipo dolicofacial, patrón esquelético clase III, clase molar III, bloqueo de caninos superiores, mordida cruzada dento-alveolar anterior, línea media inferior desviada hacia la izquierda con desvío mandibular hacia el mismo lado, mecánica de tratamiento: arco multi-omegas con brackets de 0° en sector anterior. Finalizado el tratamiento se observa mejoría en el sector anterior, en la relación dentaria y en el desvío mandibular / **Conclusiones:** La confección y aplicación de arcos multi-omegas resulta una eficaz opción para movilizar sectores anteriores utilizando fuerzas ligeras y continuas, pudiendo actuar prematuramente y logrando de este modo una resolución precoz de las mordidas invertidas

Factores de Riesgo en Niños en Relación a las Disfunciones Temporomandibulares (DTM)

RUIZ MIRIAM; RIMOLDI MARTA; MARIA BETI; CAPECE MARIA; JAUREGUI ROSSANA;
HERNANDEZ FABIANA; MOLINARI EMELINA; LAMBRUSCHINI VANESA ; NUCCIARONE
MILENA

Facultad de Odontología de La Plata, Universidad Nacional de La Plata

Introducción: La articulación temporomandibular constituye una de las estructuras faciales más complejas, su complicado funcionamiento determina que las mínimas alteraciones en alguno de sus componentes produzcan en ella, una gran diversidad de problemas funcionales, a los que se los conoce como disfunciones temporomandibulares, las cuales pueden originarse muy tempranamente en relación a las etapas de crecimiento y desarrollo craneofacial. El objetivo de este estudio es describir en niños los factores de riesgo que pueden desencadenar DTM. Los que pueden ser identificados con mayor frecuencia como responsables son: interferencias oclusales, hábitos parafuncionales, bruxismo, estrés, hiperactividad de los músculos cervicales por problemas posturales entre otros. Las condiciones oclusales pueden influir en los trastornos temporomandibulares, a través de un cambio brusco de los patrones de contacto oclusal, donde los dientes influyen considerablemente sobre la actividad de los músculos masticatorios, aumentando el tono muscular y aparición de dolor, seguido de la incapacidad para abrir la boca. Los hábitos (onicofagia, masticar chicle permanentemente, etc.) y el estrés emocional producen un aumento en la tonicidad muscular e incrementa la actividad muscular parafuncional.

Descripción de casos clínicos: Caso 1: paciente de 8 años, sexo masculino, que presenta grandes facetas de desgaste en piezas dentarias temporarias, con dolor en zona de maseteros. Caso 2: paciente de 7 años, sexo femenino, con latero desviación con contactos prematuros en caninos, presenta molestias a la palpación en la zona del cóndilo mandibular. Caso3: paciente de 8 años, sexo femenino, de clase II esquelética, deglución atípica, escoliosis, que refiere a la consulta dolor de cabeza a repetición, y dolor en zona muscular temporal. **Conclusión:** Se hace necesario enfatizar en niños el examen funcional de la ATM. Es importante conocer cómo interactúan las variables oclusales morfológicas y funcionales, las posturales y la presencia de hábitos parafuncionales, lo cual facilitaría a los profesionales estar mejor preparados para realizar acciones preventivas y detectar precozmente las manifestaciones de los desórdenes temporomandibulares en niños.

Diagnóstico en la Clínica Odontopediátrica de Disfunciones Temporomandibulares

MARIA BETI; RIMOLDI MARTA; RUIZ MIRIAM; CAPECE MARIA; JAUREGUI ROSSANA; HERNANDEZ FABIANA; MOLINARI EMELINA; LAMBRUSCHINI VANESA; NUCCIARONE MILENA

Facultad de Odontología de La Plata, Universidad Nacional de La Plata

Introducción: La presencia de desórdenes temporomandibulares (DTM) en niños es un tema muy controversial, ya que algunos autores niegan la presencia de dichos desordenes y otros la afirman. Sin embargo, los síntomas de disfunción de la ATM en la población infantil, son tan frecuentes como en el adulto, pero el grado de adaptabilidad del niño es tan grande que requieren de una observación minuciosa para poder realizar un correcto diagnóstico. Hacemos énfasis en que tales desordenes pasan desapercibidos con frecuencia por la falta de un examen clínico completo y exhaustivo que incluya el estudio de la ATM como parte del sistema estomatognático en la revisión rutinaria de la clínica Odontopediátrica. La observación de cualquier alteración de la ATM en el paciente infantil debe ser vista desde una perspectiva dinámica.

El objetivo de este trabajo es brindar información a Odontólogos y Odontopediatras, acerca de la importancia de la realización de un correcto examen clínico de la ATM, que nos alerte sobre la posibilidad de aparición de DTM en niños. **Descripción del Caso:** Paciente de sexo masculino de 10 años de edad, Clase I molar y canina. Refiere dolor de cabeza a repetición. A la palpación chasquido. **Conclusión:** El reconocimiento temprano y la derivación oportuna de un trastorno en la ATM permiten realizar un tratamiento acertado para favorecer su adecuado desarrollo y evitar el agravamiento de patologías en el adulto.

Uso De Púas en Mordida Abierta Funcional Anterior

M.S. BIANCHI; S. RUSCITTI

Cátedra Mecánica de tratamiento. Facultad de Odontología de la Universidad Nacional de la Plata.

Pacientes con mordidas abiertas anteriores producidas por una posición de descanso anterior de la lengua o con problemas de empuje lingual han sido tratados con diferentes terapéuticas. Sin embargo se ha documentado que ocurren recidivas de las mordidas abiertas anteriores corregidas. La inapropiada posición de descanso de la lengua ha sido sugerida como un factor primario en este tipo de maloclusiones. Este caso clínico muestra como una mordida abierta anterior fue cerrada simplemente modificando la posición anterior de descanso de la lengua con la utilización de púas. Ha sido demostrado que la colocación de púas corrige la posición anterior de la lengua manteniendo resultados estables ya que produce un desencadenamiento de reflejos nociceptivos y propiceptivos dando como resultado un nuevo engrama de postura lingual.

Consideraciones Estéticas en Ortodoncia.

Caso Clínico

M.S. BIANCHI, S.RUSCITTI

*Asignatura Mecánica de Tratamiento. Carrera de Especialización en Ortodoncia
Facultad de Odontología. UNLP.*

Introducción Paciente de sexo femenino en crecimiento que concurre a la consulta para evaluar la necesidad de realizar tratamiento de ortodoncia. En ella se realiza un estudio de la estética facial y dental como parte de la planificación del tratamiento de ortodoncia. Se evalúa la macro, micro y miniestética. **Descripción del Caso:** Paciente, sexo femenino, que requiere nuevo tratamiento de ortodoncia. Presenta apiñamiento dentario, asimetría, distopías dentarias variadas, extracción dentaria del tratamiento de ortodoncia anterior, desvió de línea media dentaria y un patrón mesofacial. **Conclusiones:** La estética facial, dental y gingival ha llegado a ser un aspecto importante en la planificación de los tratamientos de ortodoncia. Debemos optimizar las condiciones favorables que presentan nuestros pacientes antes de comenzar el tratamiento y mejorar las no favorables. El estudio de la estética en ortodoncia va desde el análisis facial hasta el detalle de los dientes y sus tejidos de soporte. Al terminar el tratamiento de ortodoncia debemos lograr estabilidad funcional y armonía facial.

Levantamiento De Mordida Sin Dañar El Esmalte

L. ROSSINO, M. BETI

Asignatura Mecánica del tratamiento Carrera: Especialización en ortodoncia

Facultad de Odontología de La Plata, Universidad Nacional de La Plata

Introducción: Durante la fase de alineación y nivelación dentro de un tratamiento de ortodoncia, es muy frecuente encontrarnos con casos donde debemos realizar levantamiento de mordida (build up), para abrir la oclusión y eliminar las interferencias. Con el fin de no dañar la pieza dentaria, para remover el cemento ionomero vítreo, se utilizó un dispositivo confeccionado de alambre de 0,9 mm de espesor de sencilla forma y fácil remoción. Las ventajas de este dispositivo es poder realizarlo en forma manual e individualizada, eliminando de esta forma el uso de instrumental rotatorio a alta velocidad. Evitando corroer la pieza dentaria. **Descripción del Caso:** Paciente de sexo masculino de 13 años de edad. Clase esquelética y dentaria I. Pérdida prematura de piezas dentarias temporarias generando un plano oclusal cantedo y mordida invertida unilateral. Biotipología: Mesofacial. **Conclusión:** Con el uso de este aditamento, nos permite el levantamiento de la mordida de una forma diferente a la tradicional, siendo ésta, menos invasiva para la pieza dentaria. Obteniendo resultados muy beneficiosos tanto para el profesional como para el paciente.

Recesión Gingival Como Consecuencia De Sobre-Expansión.

I. PERDOMO ; V. PELLEGRINI

Universidad Nacional de La Plata. Facultad de Odontología. Carrera de especialización en Ortodoncia. Mecánica de Tratamiento.

Introducción: La recesión gingival puede definirse como el cambio apical de la encía marginal de su posición normal sobre la corona clínica de la pieza dentaria, a los niveles de la superficie de la raíz más allá de la unión cemento-esmalte. La etiología de esta enfermedad es multifactorial, pero puede ser el resultado de una oclusión traumática, sobre-expansión no controlada, biotipo gingival, inserción alta del frenillo, presión muscular, entre otros. El pronóstico a largo plazo de los dientes con recesión gingival localizada puede ser incierto. El manejo exitoso de estos casos puede implicar un tratamiento de ortodoncia o periodontal o en combinación. **Descripción del Caso:** Paciente de sexo femenino de 20 años y 3 meses de edad concurre a la consulta por encontrarse insatisfecha con el aspecto de su boca, luego de haber recibido tratamiento ortopédico con placas removibles y tornillo medio. Se le tomaron impresiones para realizar estudio de modelos, telerradiografía de perfil y estudios tomográficos para evaluar el espesor de las corticales. Ya que clínicamente se podía observar una encía muy delgada y la cúpula de la raíz de los caninos en ambos maxilares, encontrándose el inferior más afectado. A pesar de los esfuerzos ortodóncicos para evitar la migración gingival, las piezas mesiales a la brecha presentan mayor retracción, y la falta de un correcto cepillado acentuó la lesión en labial de la pieza nº31. Durante el transcurso del tratamiento la paciente recibo monitoreo gingivoperiodontal. **Conclusiones:** El conocimiento actualizado de los nuevos principios básicos y biológicos es el pedestal sobre el cual se debe basar la ortodoncia de hoy para conseguir resultados clínicos satisfactorios. Como cada paciente representa un problema individual, el diagnostico, pronostico, plan de tratamiento y el plan de contención deben ser específicos para cada situación, sin olvidar que el trabajo multidisciplinario e interdisciplinario es el único camino para obtener resultados óptimos a largo tiempo.

TRABAJOS DE INVESTIGACION

Desplazamiento de los Puntos de Referencia Craneales Utilizados en los Análisis Cefalométrico de Jarabak y Ricketts, Durante el Crecimiento Activo.

P. DÍAZ; P. ARAYA; H.PALOMINO.

Santiago de Chile.

Objetivo: El objetivo de este trabajo fue evaluar el desplazamiento de los puntos craneales: Nasion, Silla, Basion, Porion, Orbitario y Pterigoideo, utilizados como referencia en los análisis cefalométricos de Jarabak y Ricketts durante el crecimiento activo. **Material y Métodos:** Se seleccionaron 120 telerradiografías de perfil en formato digital, correspondientes a 60 pacientes con 2 telerradiografías cada uno, tomadas con un intervalo de tiempo mínimo de 1 año (T1 y T2), en donde T1 se encuentra antes o durante el peak de crecimiento según el Estado de Maduración Cervical Vertebral (CVM) I, II ó III de Baccetti y T2 en estadio CVM IV, V, VI (después del peak de crecimiento). Un examinador previamente calibrado, ubicó los puntos analizados y para evaluar su desplazamiento, se realizaron mediciones en T1 y T2 (3 variables para cada punto), usando como referencia 2 planos que no se modifican a partir de los 5 años de edad (LCB y Vert-T). Para determinar el desplazamiento de los puntos, se calculó la variación promedio observada entre T1 y T2 y se realizó la prueba t para muestras pareadas o Wilcoxon (según distribución) para determinar la existencia de diferencias significativas. Además, se comparó la muestra por sexo, CVM inicial y CVM final. **Resultados:** Se encontraron variaciones entre T1 y T2 en todas las medidas, aunque sólo en 5 de ellas se encontraron diferencias significativas; no se encontró diferencias al comparar por sexo CVM inicial y final. **Conclusiones:** Todos los puntos craneales analizados sufren desplazamiento durante el crecimiento. Los puntos Basion y Orbitario son los que sufren mayor desplazamiento. Es necesario analizar las implicancias de estas variaciones en los resultados obtenidos de los análisis cefalométrico y evaluar la necesidad de utilizar puntos de referencia alternativos

La Acción De La Saliva y del tiempo sobre el punto de deformación elástica de las gomas intermaxilares.

A.M.FUNARO; I.L.PERDOMO STURNIOLO

Lugar de Trabajo. Cátedra de Mecánica de Tratamiento. Carrera de Especialización en Ortodoncia . FOLP.UNLP

Objetivos: Estudiar el comportamiento de gomas intermaxilares utilizadas en ortodoncia, el transcurso del tiempo y la exposición permanente a la saliva que deteriora su fuerza. **Material y**

Metodos: 720 unidades de muestras fueron usadas de 3/16" y 4,5Oz.: De G&H, 120 unidades sin estirar previamente; Smile Safari 120 unidades sin estirar previamente; AO 120 unidades sin estirar previamente; G&H 120 unidades estiradas previamente; Smile Safari 120 unidades estiradas previamente; AO 120 unidades estiradas previamente. Tamaño total de muestras: 720 unidades. Mediciones realizadas con dinamómetro de J. Kason Testing

Equipment. Expresado en gramos de fuerza .**Resultados:** 1) Comparaciones dentro de la misma marca (Con y sin estiramiento previo): a tiempo cero, hay diferencias significativas con el estiramiento previo y el valor de fuerza disminuye. Esto se observa para las tres marcas comerciales. No se observan diferencias significativas a 24 horas de tratamiento, con y sin estiramiento previo .Esto significa que el valor de fuerza es el mismo. Esto se observa para las tres marcas comerciales. 2) Comparación entre marcas (tomado el valor sin estiramiento previo): entre AO y G&H No hay diferencias de fuerza a tiempo cero. Si hay diferencias a las 24 horas de tratamiento (AO presenta mayores valores).Entre AO y SS tanto a tiempo cero como a las 24 horas hay diferencias significativas. SS presenta valores de fuerza mucho mayores. Entre G&H y SS tanto a tiempo cero como a las 24 horas hay diferencias significativas. SS presenta valores de fuerza mucho mayores.**Conclusiones:** AO pierde menos tensión (fuerza) que G&H a las 8,16 y 24 horas de tratamiento. AO pierde menos tensión que SS durante las primeras 16 horas, pero luego de 24 horas se invierte la tendencia. G&H es la que más pierde tensión en el tiempo entre las 3 marcas.

Botox En Ortodoncia

V.L PELLEGRINI; S.RUSCITTI; PERDOMO STURNIOLO I

*Asignatura Mecánica de Tratamiento. Carrera de Especialización en Ortodoncia
Facultad de Odontología. UNLP*

Objetivo: El objetivo de esta revisión bibliográfica es describir los actuales usos del Botox en Ortodoncia. Hoy en día su uso más estético es para tratar sonrisas gingivales producidas por hiperactividad de los músculos elevadores del labio. Otro de sus usos más vigentes que se ha descrito en la literatura, es para tratar pacientes con bruxismo, a través de la desactivación de fibras musculares, midiendo su efecto en el dolor muscular **Materiales y Métodos:** Revisión bibliográfica **Conclusiones:** Los trabajos de investigación sugieren resultados satisfactorios en el uso de la toxina botulínica tanto para tratar la estética, como para reducir los síntomas del dolor miofacial en aquellos pacientes bruxistas.

Prevalencia de la Forma de Arco Mandibular y Maxilar según diagramas de AO en una Población Argentina.

. M. SISTI MICHELOD; S. RUSCITT M.M. BETI

Resumen: En el presente trabajo se buscará determinar la forma de arco mandibular y maxilar más frecuente en nuestra población comparándola con las diferentes formas de arco estándar de la empresa AO ya que el objetivo primordial en el tratamiento ortodóncico es el de mantener la forma de la arcada dentaria original del paciente para lograr, de esta manera, la estabilidad a largo plazo sea cual fuere la mecánica de tratamiento utilizada para tal fin. **Objetivos:** Encontrar la forma de arco preformado de AO que más se asemeje a nuestra población. Relacionar la frecuencia de las formas de arco más prevalentes con el biotipo facial. Determinar la frecuencia de las formas de arco más prevalentes con el género de la población estudiada. **Material y Métodos:** El estudio se realiza sobre 73 modelos de estudio de pacientes argentinos, previos a recibir tratamiento ortodóncico. Luego se compara la prevalencia con el biotipo facial del paciente y género de los mismos. **Resultados:** Los arcos de AO que más se relacionan con los arcos dentarios de las pacientes a tratar son las formas Natural arch form II, Natural arch form III y la forma VPL arch form small. **Conclusiones:** Sabiendo de la importancia de no variar demasiado la forma de arcos dentarios en los pacientes que reciben tratamiento de ortodoncia, para evitar la recidiva, debemos tener en cuenta que las formas de arco AO que se nombraron anteriormente son las que más prevalecen en la población argentina estudiada.

INDICE DE AUTORES