

ARTICULO ORIGINAL

Recibido: Agosto 2018

Aceptado: Octubre 2018

PRIMERA INFANCIA _ PRIMERA DENTICIÓN

EL FUTURO DE LA SALUD BUCAL

FIRST CHILDHOOD- FIRST DENTITION

THE FUTURE OF ORAL HEALTH.

Wilma Haller Haller

Doctora en Odontología , Facultad de Odontología, Montevideo , Uruguay

Docente fundadora de la Clinica de Prevención IUCEDDU

RESUMEN

La primera infancia es el periodo en la vida del individuo de mayor crecimiento y desarrollo, físico, intelectual y emocional. Este periodo coincide con el desarrollo y evolución de la primera dentición en el niño.

Es importante destacar la importancia que representa el cuidado de esta primera dentición, que desde los 3 a los 5 años, se prepara para recibir la dentición permanente.

Podemos decir que la primera dentición es la “maquette” desde la que se organiza la dentición permanente.

Mantener en salud controlar el riesgo y rehabilitar la primera dentición, es el mayor beneficio para el futuro de la salud bucal.

Se conocen como las enfermedades más prevalentes de la cavidad bucal, la caries dental, las paradenciopatías y las maloclusiones.

Debemos reconocer que las maloclusiones no son enfermedades solo de la cavidad bucal, su origen involucra todos los componentes anatómicos y funcionales del sistema masticatorio.

Su etiología es multifactorial y se relaciona directamente con el sistema neuromuscular.

La relación de los maxilares, sus arcos dentarios y las funciones que regulan las ATMs determinan el plano oclusal funcional.

El objetivo de todo tratamiento en las diferentes disciplinas odontológicas es el equilibrio oclusal.

En el tratamiento de las disgnacias el objetivo final es el plano oclusal funcional y la masticación fisiológica que determinan y mantienen el equilibrio oclusal.

En los controles periódicos de salud bucal tratamos de resolver situaciones de riesgo, con medidas preventivas, para reencausar el crecimiento y desarrollo fisiológico.

En caso de diagnosticar patologías el tratamiento temprano tiene la posibilidad de restablecer los estímulos fisiológicos, para que el crecimiento y desarrollo del sistema masticatorio recupere al máximo posible su potencial individual.

Antes de los 6 años el tratamiento temprano tiene la posibilidad de rehabilitar el sistema masticatorio sin secuelas.

SUMMARY

The first childhood is in the life of individual, the most growth and development period, physical, intelectual and emotional. This period goes along with the development and evolution of the first dentition of the kid.

It is important to emphasize the importance which represents the care this dentition needs, which from the age of 3 to 5 it prepares to receive the permanent dentition.

We can say the primary dentition is the "maquette" from which the permanent dentition is organized.

Keep in health, control the risk and restore the first dentition, is the best benefit for the future of the permanent dentition.

Caries, periodontal disease and malocclusions are considered as the most prevalent diseases in the mouth.

We have to recognize that the malocclusions are not a disease only of the mouth, its origin involves all the anatomical and functional components of the masticatory system.

Its ethiology is multifactorial and its directly related with the neuro muscular system.

The relation of the maxillars, its dental archs and the funtions which regulate the ATMs determinate the functional occlusal plane. The objective of every treatment in the different areas of dentistry is to reach the occlusal balance.

In the periodical controls of the oral health we try to solve risk situations, with preventive actions to redirect the phisiologic growth and development.

In case of diagnose pathologies, the early treatment has the possibility to restore the phisiologic stimulus , so that the growth and development of the masticatory system recovers to its maximun its individual potential.

Before the age of 6 the early treatment has the possibility to restore the masticatory system without after-effects.

PALABRAS CLAVES: primera infancia- primera dentición – enfermedades más prevalentes de la cavidad bucal – sistema masticatorio – plano oclusal - controles periódicos de salud - prevención y tratamiento temprano.

KEY WORDS: first childhood, first dentition, most prevalent diseases of the oral system, masticatory system, occlusal plane, periodical controls of health, prevention, early treatment.

INTRODUCCIÒN

La caries dental, las paradenciopatías y las maloclusiones, se expresan y se observan en la oclusión dentaria; las maloclusiones según la gravedad del cuadro clínico, se reflejan en la estética facial.

El termino maloclusión se refiere solo a una parte del problema y no encierra la unidad de las alteraciones en el tiempo.” (1)

Para referirnos a un sistema masticatorio funcional o patológico, utilizamos los términos eugnacia y disgnacia respectivamente. Esta clasificación pertenece a Haupt año 1958. (1)

Eugnacia es un órgano bucal de configuración perfecta.

“ Los términos empleados: configuración y perfecto confieren a la definición, el sentido evolutivo y de unidad que su autor pretendió.” (1)

Se refiere a la armonía en la morfología y función de todos sus componentes.

La disgnacia comprende la anomalía morfológica y las alteraciones funcionales interrelacionadas recíprocamente.

Este trabajo propone realizar el diagnóstico de maloclusión, tomando como referencia el plano oclusal; el cual en condiciones de normalidad cambia su morfología y funcionalidad en relación a la evolución de la dentición, desde la primera dentición hasta que se establece la dentición permanente.

En el transcurso del tiempo, debe conservar el equilibrio oclusal para mantener la salud del sistema masticatorio (2 – 3)

La insuficiencia respiratoria y sus repercusiones posturales, masticatorias, deglutorias, articulares, son causa de los desequilibrios funcionales del sistema masticatorio. El objetivo del tratamiento debe ser restablecer la funcionalidad del sistema y recuperar el equilibrio oclusal; para ello debemos reorientar el plano

oclusal aproximadamente paralelo al Plano de Camper y lograr la masticación fisiológica, ambos mantienen el equilibrio oclusal.

El sistema neuro-muscular que regula todas las funciones del sistema masticatorio, es el responsable de la ubicación de los dientes en los arcos dentarios y del plano oclusal que los relaciona.

Dr. Pedro Planas.

Existe una relación recíproca entre plano oclusal funcional y masticación fisiológica. El plano oclusal adquiere su forma y funcionalidad con la masticación fisiológica y esta mantiene la estabilidad del sistema. Los estímulos no fisiológicos crean situaciones de riesgo o patologías del sistema masticatorio que pueden manifestarse como disgnacias de mayor o menor gravedad.

En los controles de salud debemos detectar el riesgo o patología del plano oclusal para actuar cuando aparece el primer desequilibrio oclusal, de modo que con pequeñas intervenciones, podemos devolver el equilibrio a la función oclusal. *La presencia en la primera dentición de un plano oclusal aproximadamente paralelo al plano de Camper y masticación fisiológica define un sistema masticatorio en salud.*

SISTEMA MASTICATORIO

El sistema masticatorio comprende maxilar superior, maxilar inferior, ATMs, neuromusculatura, arcos dentarios y su relación, ligamentos, mucosas, epitelios, glándulas.

Es una unidad funcional, cuando comienza la alteración de uno de sus componentes, en consecuencia y de manera progresiva se integran los demás.

La morfología de las estructuras que componen el sistema masticatorio durante la vida fetal, no tiene relación con la forma que van adquiriendo durante las etapas del crecimiento y desarrollo postnatal.

Desde el nacimiento el sistema neuromuscular y las estructuras óseas, se van conformando de acuerdo a los cambios que implica el crecimiento del individuo.(4)

Al nacimiento los gérmenes de la primera dentición y la dentición permanente se encuentran dentro de los maxilares. Cuando comienza el proceso eruptivo los dientes se ubican en los arcos maxilares de acuerdo al lugar establecido genéticamente y en relación a los cambios que se generen en la función neuromuscular (factores genéticos y epigenéticos).(2)

Los gérmenes dentarios durante el período pre-eruptivo siguen un camino dentro del tejido óseo hasta llegar a su canal de erupción. Los maxilares crecen y se

desarrollan por estímulos que tienen origen en la función neuromuscular y van creando el espacio para los movimientos de los gérmenes dentarios hacia su canal de erupción.

El desarrollo del diente y el crecimiento maxilar están íntimamente ligados, de tal manera que ambos procesos se interrelacionan, en forma simultánea y continua. Reciben la influencia de factores sistémicos, de las funciones de nutrición, del sistema endócrino, todo regulado por el sistema nervioso central.(1 – 5)

La insuficiencia respiratoria y la masticación disfuncional, alteran el crecimiento y desarrollo de los maxilares. Los gérmenes dentarios tienen restringido el espacio para buscar su canal de erupción; se crean bloqueos para la erupción y alteraciones en la posición de los dientes en los arcos dentarios. La falta de crecimiento de los maxilares, las alteraciones funcionales y las complicaciones en la erupción dentaria, determinan disgnacias de diferente entidad clínica.

Plano oclusal

Desde la etapa embriológica existe el espacio donde se van a ubicar los arcos dentarios, ocupado por la lengua y desde el nacimiento por la lengua y el pezón materno.(5)

Podemos decir que es un plano oclusal virtual.

Al nacimiento y hasta los 6 meses, momento en que erupcionan los primeros dientes, debemos observar los signos en la forma y relación de los rebordes maxilares, que determina un crecimiento y desarrollo armonioso del sistema masticatorio y auguran un proceso eruptivo fisiológico (1)

Esto justifica los controles de salud desde el nacimiento.

Cuando aparecen en la cavidad bucal los primeros dientes, el maxilar inferior se relaciona con el maxilar superior. El grupo de los incisivos superiores e inferiores y las ATMs, determinan tres puntos de apoyo que dan al maxilar inferior su ubicación en el espacio y una posición de centricidad; *así se inicia el primer plano oclusal.*(4)

Cuando el niño tiene una respiración fisiológica el crecimiento y desarrollo armonioso de los maxilares y los arcos dentarios, depende de la masticación, función principal del sistema masticatorio.(2 – 6 – 7 - 8)

Los estímulos funcionales de respiración y alimentación, representan un factor esencial en la adquisición de la forma definitiva de las articulaciones témporo-mandibulares y del plano oclusal funcional.

“Lo único que no da la naturaleza, es la situación del plano oclusal y la trayectoria de las ATMs. Estas se crean según la función.”

Dr. Pedro Planas.

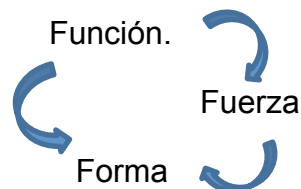
Para mayor comprensión de los acontecimientos biológicos que se van desarrollando desde el nacimiento, debemos considerar diferentes etapas del crecimiento y desarrollo del sistema masticatorio en la primera infancia y en cada una de ellas, destacar los cambios fisiológicos del plano oclusal, que pueden ser determinantes de la salud del sistema masticatorio.

PRIMER AÑO DE VIDA

“ El organismo es un volcán de cambios morfológicos, macroscópicos y microscópicos en el que todos los elementos se van acomodando a las necesidades funcionales. “

Dr. A. Alonso

Durante el primer año de vida, las funciones de respiración y alimentación, son las que dan forma a las estructuras faciales y sus relaciones. La función define la forma y esta sostiene la función.



Debemos considerar la fuerza que pueden tener diferente intensidad, razón por la que consideramos que se relaciona con los diferentes biotipos. (9)

El aire inspirado desarrolla energía para la función y modela las estructuras respiratorias. Del mismo modo el amamantamiento y la masticación desarrollan la energía que modela maxilares y arcos dentarios.

La respiración provee estímulos cíclicos de inspiración y espiración; la alimentación estímulos alternados que se reciben durante el acto de amamantamiento y de la masticación.

Los cambios en la morfología, son respuesta del crecimiento desarrollo y maduración a los requerimientos funcionales para regular la vía aérea, respirar y realizar la deglución.(9)

Los niños insuficientes respiratorios, para compensar el déficit de aire, pueden habilitar la boca para respirar.

Etiopatogenia: el abrir la boca para respirar y mantenerla abierta durante el reposo, cambia toda la función neuromuscular para desarrollar las funciones de respiración y alimentación, los estímulos para el crecimiento y desarrollo dejan de ser fisiológicos.

Ante la presencia de una patología respiratoria, la función neuromuscular cambia, las estructuras se adaptan, para regular la vía aérea respirar y deglutir. Es tan grave que se refleja en la estética facial: *facies adenoideas*.

Antes del primer año un resfrío, como medida de defensa puede habilitar la boca para la entrada del aire. Pasado el período del resfrío, como los circuitos nasales de respiración están inmaduros, el niño puede continuar con la vía bucal por comodidad o recuperar la función nasal.(2)

El aire inspirado entra a los pulmones por una vía más corta; no se excitan las terminaciones nerviosas de las fosas nasales, por lo que la respuesta de desarrollo en las vías respiratorias superiores será insuficiente, más o menos grave según las características del cuadro clínico.

En el primer año de vida, se debe procurar que la respiración sea nasal.

El primer año de vida es el período de mayor crecimiento y desarrollo en la vida del individuo, expuesto a la etiopatogenia de las disgnacias; las alteraciones pueden manifestarse durante la lactancia materna, el desarrollo sico-neuro-motriz, el comienzo de la función masticatoria.

Alimentación

Succión – Deglución

Lactancia materna exclusiva hasta los 6 meses

No vamos a referirnos a la importancia biológica, fisiológica, psicológica y socio-económica de la lactancia materna, sino a los beneficios para el sistema masticatorio que proceden de la mecánica de alimentación en la lactancia.

La función de amamantamiento, “ordeño”, realiza un trabajo de los músculos de la masticación en sentido pósterior - anterior, con estímulos para el crecimiento mandibular y de apertura - cierre para el crecimiento vertical de la cara. Las ATMs se van modelando en sentido antero - posterior y vertical.

El amamantamiento fortalece la musculatura, para la nueva función que comienza con la erupción dentaria, masticación - deglución.

A los 6 meses comienza la alimentación mixta, donde se combina lactancia con el comienzo de papillas, sopa, jugos etc.

El ideal es que desde que comienza la alimentación mixta, se continúe la lactancia hasta el 1er año o los 2 años de edad.

Antes del nacimiento, el crecimiento de los maxilares no es simultáneo sino que se da alternado entre maxilar superior y maxilar inferior. Al nacimiento el maxilar inferior se encuentra en una posición distal en relación al maxilar superior. El crecimiento de los maxilares continúa en forma armoniosa por diferentes estímulos, cartílagos de crecimiento, suturas membranosas, respiración, alimentación, hormonas etc. La función de amamantamiento actúa estimulando el crecimiento del cuerpo mandibular en sentido pósterio-anterior accionando el ligamento eseno - mandibular para que a los 6 meses, cuando comienza la erupción dentaria se encuentren los incisivos inferiores y superiores dando el punto de estabilidad mandibular en el espacio, además la posibilidad de repetirlo. (4)

La centricidad y estabilidad del maxilar inferior, augura un proceso eruptivo fisiológico hacia la oclusión funcional de la primera dentición.

Debemos recordar que en la alimentación con biberón, no es posible la función de "ordeño". Con el uso del biberón, el trabajo muscular que realiza la succión-deglución, utiliza los músculos faciales, las fuerzas desarrolladas difieren y el estímulo no será fisiológico. A los 6 meses puede no recuperarse el crecimiento del cuerpo mandibular para llegar a encontrar la norma relación con el maxilar superior, lograr el contacto de los incisivos durante la función masticatoria y comenzar a realizar los movimientos laterales. Dependiendo del biotipo es causa de diferentes disgnacias. La succión de la tetina actúa sobre los incisivos protruyendo los superiores y retruyendo los inferiores; en sentido vertical al no relacionarse los incisivos, favorece la sobremordida. Pueden asociarse otras causas además del uso del biberón, como el uso de chupete, succión de dedo, interposición de la lengua, y esto puede agravar la disgnacia, dependiendo del biotipo la expresión final de la misma. (10)

Masticación – deglución

Cuando erupcionan los primeros dientes, se inicia una nueva función: masticación - deglución. Se debe aprender a masticar, los movimientos masticatorios al iniciarse la función, son rudimentarios y se realizan con los incisivos y los rebordes maxilares que se encuentran en contacto.

Deben iniciarse los movimientos de lateralidad mandibular, imprescindibles para lograr una masticación fisiológica.

Las ATMs reciben nuevos estímulos con el comienzo de los movimientos de lateralidad mandibular, modelando las articulaciones en sentido transversal.

Se completa el modelado de las ATMs en los tres planos del espacio, *es el inicio del plano oclusal de la primera dentición.* (2 - 4)

Los movimientos de lateralidad masticatorios, simétricos y equilibrados hacen la armonía del crecimiento facial. (2)

El acto de la deglución madura no es posible sino después de la inmovilización de la mandíbula en el espacio, *a través de una oclusión funcional.*

La función masticatoria fisiológica, es el mejor estímulo para la maduración de la deglución. Si la masticación no es fisiológica la deglución no es funcional.

Desarrollo sico-neuro-motriz

El desarrollo sico-neuro-motriz inicia la formación de las curvas secundarias de la columna vertebral hacia la postura erecta.

El sostén de la cabeza se logra alrededor de los tres meses, en relación con el crecimiento de la columna cervical, la formación de la curva cervical, la separación de la rinofaringe de orofaringe y los mecanismos de mantenimiento de la vía aérea superior. El velo del paladar se eleva, se apoya en la pared posterior de la faringe y separa al deglutir, orofaringe de rinofaringe.

El desarrollo de la orofaringe contribuye a la maduración del lenguaje.

La lengua gran modeladora de la cavidad bucal en relación a lo dicho anteriormente, ajusta su postura para asegurar la función respiratoria. A los 6 meses se ubica hacia abajo y adelante en contacto con los incisivos inferiores. Posición que se mantiene en el equilibrio bucal: la punta de la lengua sostiene la posición de los incisivos inferiores, el labio inferior mantiene la posición de los incisivos superiores a nivel del punto estomio; unión del tercio medio con el tercio incisal de los incisivos superiores. *Estos acontecimientos demuestran la relación funcional entre respiración, columna vertebral, actitud postural y triple cierre oral.*

A los 6 meses aproximadamente el niño se sienta, gatea, se para y cuando adquiere el fortalecimiento de los músculos de la deambulación, comienza a caminar aproximadamente el 1er año.

A los 2 años, va adquiriendo equilibrio y coordinación en actividades motoras más complejas como caminar, saltar, correr, escalar.

TRES AÑOS DE EDAD.

Se completa la primera dentición y se establece *el primer plano oclusal funcional.*

Que el plano oclusal sea funcional a los 3 años de edad, es un factor de prevención de la caries dentaria, de las alteraciones periodontales, de los desequilibrios en la función neuromuscular y los trastornos de las ATMs.(2)

Desde que se establece el primer plano oclusal a los 3 años de edad, hasta la oclusión permanente, cambia sus características anatómicas y funcionales, de acuerdo a la evolución del sistema dentario.

El Plano oclusal mantiene una relación con el Plano de Camper, que es individual para cada paciente.

La Masticación Fisiológica, determina la orientación ideal de ambos planos, aproximadamente paralelos. (3)

Mantener en salud, controlar el riesgo y/o rehabilitar el plano oclusal en la primera dentición es el mayor beneficio para la salud del sistema masticatorio del individuo.

DE LOS 3 A LOS 5 AÑOS DE EDAD

Los dientes de la primera dentición están preparados para el desgaste y para protegerlos de las fuerzas axiales durante la masticación. (4)

La función masticatoria, entre los 3 y 5 años, crea los estímulos para el desgaste dentario, de acuerdo con la evolución del plano oclusal; se conoce como período de utilización y desgaste. Es una masticación fisiológica eficaz, que activa el desgaste dentario, modela el plano oclusal funcional y promueve el crecimiento y desarrollo de las estructuras del sistema masticatorio.

A los 3 años el plano oclusal no presenta curvas es recto, tiene guía canina y guía anterior. Durante el periodo de utilización y desgaste, pasa por función de grupo posterior y llega a los 6 años con una oclusión equilibrada a cero que se conoce como isodaquia.

El plano oclusal presenta balance bilateral con ciclos horizontales.(4)

Estas etapas fisiológicas permiten y estimulan el crecimiento y desarrollo de los maxilares y las ATMs, en los tres sentidos del espacio.

SEIS AÑOS DE EDAD

Comienza la primera etapa de la dentición mixta; en esta etapa ya tiene que estar logrado el espacio para el primer molar permanente.

En la parte posterior a los arcos dentarios, erupcionan los primeros molares permanentes. Son los primeros dientes accesionales. Los segundos molares de la primera dentición, son la guía para la correcta ubicación de los primeros molares permanentes.

La presencia de caries en la primera dentición, determina pérdida en la dimensión de los arcos dentarios, lo que produce alteración en la posición de los molares permanentes, rotaciones migraciones etc.

El cuidado de la primera dentición, tratando de evitar las caries proximales, las pérdidas prematuras, los desequilibrios funcionales, las alteraciones periodontales, es decisivo para el futuro de la dentición permanente. En caso de caries, debe ser necesaria, una adecuada operatoria restauradora.

Después que se completa la erupción de los 4 primeros molares permanentes; en la parte anterior de los arcos dentarios comienza el cambio de los incisivos de la primera dentición por los incisivos de la dentición permanente, son los primeros dientes sucesionales. La posición de los incisivos al erupcionar estimula el crecimiento óseo. El correcto contacto con el vecino genera estímulos de crecimiento en la premaxila. Con la erupción del grupo incisivo se establece la guía anterior.

Se completa la primera etapa de la dentición mixta, el plano oclusal mantiene la función con balance bilateral y ciclos horizontales. (4)

En los primeros molares permanentes por el frote oclusal, se observan facetas adaptativas a la función, no se deben confundir con bruxismo. Los incisivos durante este período, deben gastar la flor de lis de los bordes incisales, por la función horizontal del frote oclusal. Si la flor de lis persiste cuando comienza la segunda etapa de la dentición mixta, se considera una patología, *el plano oclusal no es funcional. (4)*

“ El objetivo de la RNO en la primera dentición, es que la erupción de los molares de los 6 años y los incisivos permanentes se efectúe bajo estímulos funcionales, se ubiquen en su lugar y se relacionen los arcos dentarios; se establezca un plano oclusal fisiológico a partir del cual se desarrollara la segunda dentición “

Dr. Pedro Planas

Prevención desde el nacimiento y Tratamiento temprano antes de los 6 años es el camino hacia el futuro de salud del sistema masticatorio.

En los síndromes de mesiorelación y de distorelación, la influencia genética puede observarse al nacimiento, en la morfología y relación de los maxilares. Signos presentes que pueden ser de probables futuras disgnacias. Los controles de salud desde el nacimiento, diagnostican el riesgo y la patología puede manifestarse, a los 6 meses, con la erupción de los incisivos inferiores y superiores.

Cuando se completa la primera dentición alrededor de los 3 años, ya estamos comenzando el tratamiento de estos síndromes, que pueden resolverse por etapas lo que determina el control del riesgo de estos pacientes hasta que finaliza la erupción de los dientes permanentes y se establece la oclusión funcional adulta.

Significa controlar en salud, para que ante la presencia de desequilibrios en la oclusión, actuar “sin esperar” para recuperar el plano oclusal funcional y lograr la masticación fisiológica. (2)

Para el tratamiento temprano del síndrome de mesiorelación la estrategia terapéutica depende del diagnóstico. La discrepancia entre los maxilares puede ser por falta de crecimiento maxilar superior, falta de crecimiento de la premaxila, por mayor crecimiento del maxilar inferior o a responsabilidad de ambos maxilares. . Para el Dr. Delaire el 65% de los prognatismos son por falta de crecimiento del maxilar superior y un 29 % de verdaderos prognatismos mandibulares.

Para el prodeslizamiento con mordida cruzada anterior el RE1 del Prof. Dr. Indalecio Buño, resuelve el prodeslizamiento y recupera la guía anterior en una primera etapa.

El regulador de funciones de Frankel permite resolver varias situaciones diagnósticas de este síndrome; se puede utilizar para reorganizar el sistema neuromuscular, estimular el crecimiento de la premaxila, recuperar la guía anterior, estimular el crecimiento del maxilar superior y controlar el crecimiento maxilar inferior.

En los casos de falta de crecimiento del maxilar superior en su totalidad, seguimos la escuela francesa. Las fuerzas ortopédicas para la tracción pósterio anterior del maxilar superior propuesta por el Prof. Dr. Jean Delaire.(6) Podemos comenzar antes de los 4 años. Depende de la colaboración de los padres y de la aceptación de los niños; si logramos buena relación y su confianza, los niños pueden ser excelentes pacientes.

La estrategia de tratamiento consiste en la expansión transversal del maxilar superior y tracción pósterio anterior del mismo; utilizamos la férula del Dr. Raymond.(8 – 11)

El tratamiento con el uso de la férula, logra en 6 meses a 1 año paralelizar el plano oclusal al plano de Camper, armonizar la relación de maxilares y lograr guía anterior. (8)

Realizada esta primera etapa, evaluamos el caso, para continuar el tratamiento.

En la segunda etapa debemos lograr armonía en los arcos dentarios y organizar la función mandibular; para esta etapa realizamos pistas directas del Dr. Planas. En algunos casos clínicos apoyamos el sistema neuromuscular con el regulador de funciones de Frankel.

El síndrome de distorelación puede ser más o menos grave; presenta disminución del tercio inferior de la cara, mordida cubierta anterior y retrusión mandibular al cierre.

La terapéutica de elección son las pistas directas de Planas. Permiten restablecer la altura inferior de la cara, cuando existe retrusión mandibular en el camino de cierre, se recupera con la altura de las pistas. La altura de las pistas de resina es la clave: para la corrección de la sobremordida, recuperar la trayectoria de cierre sin desvíos y normalizar el ELIO. En pacientes braquifaciales, se debe acompañar las pistas, con el uso del regulador de función de Frankel que actúa a nivel neuromuscular bajando la energía para aliviar la presión muscular. (2 – 12)

PISTAS DIRECTAS DE PLANAS

En la primera dentición, las pistas directas de Planas, son la estrategia terapéutica de elección; pueden ser utilizadas como medida preventiva y como tratamiento temprano.

Se realizan de acuerdo al diagnóstico del caso clínico, tienen características diferentes en cada paciente.(2)

Actúan a nivel neuromuscular a través de la oclusión dentaria.

Permiten diseñar la situación del plano oclusal en relación al plano de Camper y así actuar sobre la dirección de las fuerzas musculares. (12)

Desde el año 2005 con la Dra Isabel Poggi comenzamos a trabajar en las clínicas de prevención y ortopedia con las pistas directas de Planas.

Nuestra experiencia clínica durante 10 años, observando los resultados en los diferentes casos clínicos, nos permitió descubrir, cuando y porque elegíamos

estas estrategias terapéuticas. Esta experiencia también dio origen a una metodología de trabajo ya que no se puede por lo antes dicho realizar un protocolo para ser utilizadas.

Finalizada la realización de las pistas equilibramos la función de las mismas. El equilibrado oclusal se realiza controlando por palpación la función de los músculos maseteros y temporales.(12 – 13)

Las pistas directas y el equilibrado oclusal tienen su origen, en los conceptos de Planas de su RNO.

“ Jamàs se ha de luchar contra las fuerzas fisiológicas neuromusculares, sino que mejor se han de utilizar para dirigir lo anormal hacia la normalidad “
Dr. Pedro Planas

En el momento que erupciona el grupo incisivo el maxilar inferior al relacionarse con el superior, puede no encontrar la posición de estabilidad y centricidad y dar origen a las mordidas cruzadas funcionales.

Al realizar el examen de la función mandibular desde la posición de reposo, observamos que el mentón se desvía al cierre y al ocluir se manifiesta la mordida cruzada. La estrategia de tratamiento indicada son las pistas directas de Planas, que permiten pasar de un plano oclusal patológico a un plano oclusal funcional.

Durante el período de la primera dentición, las pistas directas de Planas permiten organizar el plano oclusal funcional, adecuado al momento evolutivo de la dentición que presenta el niño.

Esta estrategia de tratamiento permite también resolver distorelaciones, leves, sobremordidas y apiñamientos dentarios.

Restablecen el plano oclusal en los tres planos del espacio. (14)

En casos de insuficientes respiratorio, que presentan distorelación mandibular con protrusión maxilar superior, la falta de crecimiento del maxilar inferior y la discrepancia de tamaño entre los maxilares, determina que debe acompañarse de aparatología funcional. Cuando existe endognacia maxilar puede estar indicada primero la disyunción transversal, luego se realizan pistas para funcionalizar el plano oclusal y utilizamos el regulador de función de Frankel para reorganizar el sistema neuromuscular, hacia la norma relación de maxilares.

Podemos afirmar que esta estrategia terapéutica marca un antes y un después en el tratamiento temprano de las disgnacias en la primera dentición.

CONCLUSIONES

Mantener las piezas dentarias libre de caries y paradenciopatías, un plano oclusal funcional y lograr una masticación fisiológica, debe ser el objetivo de los controles de salud bucal y del sistema masticatorio. Proceso que comienza al nacimiento y continúa en las sucesivas etapas del desarrollo del aparato masticatorio.

Es la primera dentición en condiciones de salud quien organiza la dentición permanente.

Estamos convencidos que la mejor estrategia en prevención para la salud bucal, es mantener la primera dentición libre de patología, resolver situaciones de riesgo, al momento que se detecta el desequilibrio oclusal.

Toda patología que no recibe tratamiento en el momento que se observa, se agrava durante la evolución del desarrollo de la dentición.

Patología acumulada desde los 3 años sin recibir tratamiento, puede manifestarse como disgnacias complejas en la dentición mixta y más allá.

El síndrome de mesiorelación si no se comienza su tratamiento en la primera dentición o en la primera etapa de dentición mixta, se manifiesta en la dentición permanente como un cuadro grave de prognatismo mandibular.

El síndrome de distorelación al nacimiento presenta los rebordes maxilares en “tapa de caja” y al erupcionar el grupo incisivo se establece la mordida cubierta. Sin tratamiento, en la primera etapa de la dentición mixta, con la erupción de los primeros molares permanentes y el recambio del grupo incisivo, comienzan las características del síndrome de clasell div.2 cuando se completa la dentición permanente joven alrededor de los 12 años ya presenta el síndrome con las características típicas de Deckbiss.

Las mordidas cruzadas funcionales deben ser tratadas en la primera dentición. Cuando erupcionan los primeros molares permanentes, el desvío funcional en el camino de cierre se hace más estable, la ubicación del molar permanente en el arco dentario no es correcta facilita el desvío mandibular. La asimetría facial que comienza en el arco dento-alveolar con el tiempo va tomando la basal del maxilar inferior; va transformándose en laterognacia.

Las pistas directas de Planas, al mismo tiempo que organizan los estímulos neuromusculares para el crecimiento y desarrollo de los maxilares, orientan el plano oclusal y remodelan las ATMs

Si tenemos presente los conceptos de la RNO del Dr. Planas, sabemos que la etiopatogenia de las disgnacias pueden manifestarse desde el primer año de vida.

Es difícil entender que desde el siglo pasado, en la década del 60, se habla de prevención y tratamiento temprano de las disgnacias, pero no se da a la primera dentición la atención que merece; siendo la que organiza la dentición permanente.

Los tratamientos de las disgnacias se realizan en su mayoría en la dentición mixta. En general se aconseja “esperar” la etapa de la dentición mixta.

La frase “ hay que esperar “ debe quedar eliminada.

Dr. Pedro Planas

RNO 1987

Pasadas tres décadas de este concepto del Dr. Planas, con el avance en los conocimientos científicos y clínicos en la especialidad de prevención de las disgnacias y el énfasis que hacen las políticas de salud en primera infancia en nuestro país, los odontopediatras y ortopedistas tenemos el compromiso de “no esperar” y prepararnos para actuar ahora.

BIBLIOGRAFIA

- 1 _ Torres R. Biología de la boca Editorial Médica Panamericana 1973
- 2 _ Planas Pedro Rehabilitación Neuro-oclusal Salvat 1987
- 3 _ Haller Wilma,- Poggi Isabel. La Ortopedia al encuentro de las Necesidades en salud bucal de la Primera infancia. Rev. REIUCEDDU vol.1/año1/ 2015
- 4 _ Alonso A. Oclusion y Diagnóstico en Rehabilitación Oral año 2000
- 5 _ Simoes W A.Ortopedia funcional de los maxilares. Sao Pablo artes Medicas 3ra edición 2004
- 6 _ Delaire Jean. Revue d'Orthopédie Dento Faciale 2003 – 37 243 – 265
- 7 _ Deshayes M J. L' art du traites avant 6 ans 2006
- 8 _ Raymond JL. Finalite foncionele et oclusale du Traitement Orthopedique de clase III. Rev Orthop.dento-faciale 37 3 285 – 303, 200
- 9_ Thurrow Atlas de principios ortodóncicos. Mundi 1979
- 10_ Haller W. Etiología y etiopatogenia de las disgnacias. Cap. 6 Ohanian M. Fundamentos y principios de la Ortopedia Dento-Maxilo- Facial
- 11_ Haller W. - Poggi I. El Síndrome de clase III, su diagóstico y tratamiento antes de los 6 años.REIUCEDDU vol.5 /año 3 /2017
- 12_ Barboza Dos SantosJL. Curso teórico- clínico de Pistas directas de Planas IUCEDDU Montevideo Uruguay 7/ 2005
- 13_ Barboza Dos Santos, JL - Simoes W A. Ortopedia funcional de los maxilares, Cap. 5, pág. 314-331 -Sao Pablo Artes medicas 3ra edición 2004
- 14_ Haller W.- Poggi I. La ortopedia al encuentro de las necesidades en salud Bucal de la Primera Infancia. REIUCEDDU /vol.2 / año 1/2015

e-mail : wrhaller@hotmail.com