

Tratamiento de la Clase II en la adolescencia y pre-adolescencia

Optimización del PUL y Claves para Éxito

Dr. Elie Callabe

SQODF

Optimización de la protracción mandibular:

La edad ideal para Clases II es en la pre-adolescencia y la adolescencia, en que el índice de crecimiento es más elevado.

El problema que se plantea suele ser el de la motivación y la cooperación

Soluciones adoptadas:

- Motivación del paciente: información y concienciación del paciente y sus padres sobre la gravedad de la maloclusión y las distintas opciones y medios para tratarla.
- Proponer aparatos simples, confortables y eficaces: “Combinación del PUL seguido por brackets de baja fricción” para evitar largos tratamientos (con los consiguientes problemas de higienes, etc.) y el hastío del paciente (y de los padres)
- Corregir la Clase II antes de colocar los brackets:
 - Acción del PUL en una Clase II completa, es decir 6mm
 - 1/3 de protracción mandibular (2mm)
 - 1/3 de expansión maxilar (2mm)
 - 1/3 de retrusión de los sectores laterales superiores (2mm)

CORRECCIÓN de CLASE II

“ANCLAJE MANDIBULAR”

PUL: 6 – 8 – 10 MESES



CLASE II COMPLETA = 6MM

- 1/3 de expansión maxilar
- 1/3 de retrusión de los sectores laterales superiores
- 1/3 de avance mandibular



Darle una oportunidad a la mandíbula



Indicación y edad de colocación del PUL: ¡La madurez del paciente es importante!

Para optimizar la acción del PUL:

- Clase II hiperdivergente = Colocación del PUL sobre los 9 años para cambiar la tipología facial
- Clase II medo o hipodivergente = esperar a los 1º premolares maxilares 6 - V - 4 para colocar el PUL: (salvo si hay un perjuicio estético y funcional: fuerte resalte > 8mm)

Simplificación y Evolución:

- **Dejar libres los incisivos maxilares: Descartar el arco vestibular en el maxilar** (1. salvo el PUL de retención, 2. ver más adelante sus efectos negativos) Si las piezas 11 y 21 están excesivamente vestibulizados añadir ganchos para un elástico anterior, descontinuando su utilización a los tres meses para evitar un abanicamiento de los incisivos y la aparición de mordida cruzada.
- **Enderezar los incisivos mandibulares que estén excesivamente vestibulizados** para poder incrementar la protracción: añadir un arco vestibular inferior con o sin tornillo de expansión.
- **Acompañar siempre la protracción mandibular de una expansión maxilar:**
Dentición mixta: tornillo de expansión (y en la mandíbula si hay endoalveolitis) Dentición definitiva con endoalveolitis pronunciada: tornillo de expansión

Añadir muelles de protracción de 3 o 4 mm, tres meses después de la colocación.



Cortar por el lado de diámetro pequeño



Importancia de los muelles mandibulares y como sustituirlos por mini-tubos cuando se han deformado.

El sistema PUL permite una protracción suave, fisiológica, y deja una gran libertad de movimiento para la ATM y su menisco en los movimientos laterales, **pero sobre todo en retro-posición por medio de los resortes mandibulares.**

Efectivamente, en cada deglución (2000 veces diarias), el cóndilo y el menisco pueden reposicionarse en la cavidad glenoidea conservando de este modo un ATM funcional, aliviando **la tensión de los ligamentos y reduciendo el riesgo de inflamación**, para un mejor crecimiento condíleo-mandibular.



Problema planteado: Deformación **normal** de algunos muelles, debido a una importantes sollicitación muscular. (El día de la colocación del PUL, informar al paciente “que es normal”)



Muelle deformado crimpable



Retirar las espiras restantes
Con un director de ligaduras



Introducir el mini-tubo
Utilizando un alicate Weingart

Mini-Tube Crimpable para Insertar en sustitución del Muelle deformado (bolsa de 20 uni)



Efectos negativos del Arco Vestibular

La corrección de la Clase II completa (aproximadamente 6mm) con el PUL, sin arco vestibular superior, se realiza mediante 3 acciones simultáneas:

- 1/3 (2mm) por expansión del maxilar superior
- 1/3 (2mm) por protrusión mandibular (ortopédica o alveolar)
- 1/3 (2mm) por retrusión de los sectores laterales en los maxilares (gracias al “anclaje mandibular”)

El arco vestibular en el maxilar superior impide estas 3 acciones simultáneas. Ejerce varias acciones negativas sobre la corrección de la Clase II y constituye una de las principales causas de fracaso:

- Impide la expansión del maxilar y pre-maxilar que debe obligatoriamente acompañar la protracción mandibular
- Provoca el abanicamiento de los incisivos superiores
- Bloquea la protracción mandibular impidiendo su alargamiento, por consiguiente, puede impedir la evolución de los 2º molares mandibulares, lo cual aumentaría la DDM (desmineralización de la matriz de la dentina) y requeriría extracciones de 4 premolares
- Hace bascular el plano de oclusión hacia abajo y hacia delante
- Provoca la vestibulización de los incisivos mandibulares: principal fallo de los activadores clásicos de protracción

De este modo, en lugar de distribuir la corrección de Clase II en tres tercios, el arco vestibular superior concentra la corrección de la Clase II en la mandíbula: vestibulización de los incisivos mandibulares, acompañada o no por una respuesta de crecimiento ortopédico.

Evitar las recidivas: Interés del “PUL anti-recidiva de retención”

La retención es la etapa más importante del tratamiento ortodóncico. El paciente se ha sometido a un tratamiento largo y pesado: activador, brackets con elásticos intermaxilares, etc..

Su tratamiento se ha terminado pero su crecimiento no ha finalizado. La misión de la retención es la de permitir al paciente que se establezcan los resultados conseguidos y evitar la recidiva.

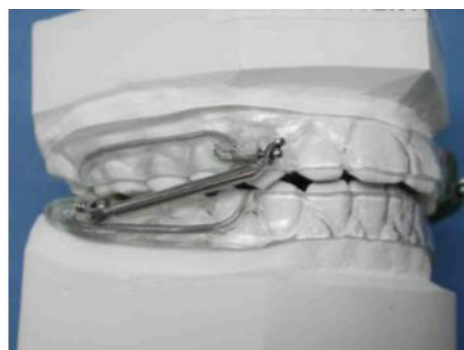
Nuestro protocolo de retención es el siguiente:

Retención palatina cementada superior (12 a 22): cadeneta oro blanco (OrthoFlex)

Retención lingual cementada mandibular (33 a 43): arco lingual rígido prefabricado de diámetro .032”

Colocación de una férula termoformada provisional en el maxilar y toma de impresiones para el PUL

Colocación de un PUL anti-recidiva de retención (de Clase II o Clase III)



Indicaciones:

- Clases II división 2: Con frecuencia hereditarias, riesgo de recidiva al final del crecimiento
- Clases II 1 dolicofaciales con persistencia de respiración bucal
- Clases II 1 mesofaciales o braquifaciales con retrognatismo mandibular
- Las Clases II con persistencia de deglución atípica
- Clases III con persistencia de posición lingual baja y/o respiración bucal
- Clases III terminadas antes del final del crecimiento
- Tratamientos ortodóncicos-quirúrgicos del adulto
- Interrupción antes de finalizar el tratamiento por causas diversas: falta de cooperación, cepillado deficiente, etc.

Tranquilidad en la Retención:

Nuestro objetivo es proponerle al paciente un instrumento sencillo, confortable, que permita la oclusión completa y que pueda llevar suficiente tiempo para estabilizar lo conseguido y evitar la reanudación de un tratamiento en el futuro.

Consejos para Llevarlo:

14 – 24 horas durante 12 meses, luego ir reduciendo – una noche menos cada tres meses.

WWW.ORTODONCIATECNODENT.COM

PINTOR ANSELMO GUINEA Nº 9-LONJA

94 416 22 69 – 616 603 8

tecnodent@ortodonciatecnodent.com

