

Revista Odontología

UNIVERSIDAD CENTRAL DEL ECUADOR

Plato Junior como una opción de tratamiento en paciente pediátrico para solución a mordida profunda: reporte de caso

Junior Bite Plate as a treatment option in pediatric patients for deep bite correction: case report

Estudio de caso

Nicole Vanessa Montaluisa Chávez  

Investigador independiente

Víctor Alexander Cruz Gallegos  

Universidad UTE

Quito, Ecuador

DOI: <https://doi.org/10.29166/od.v28i1.9604>

Forma sugerida de citar en Vancouver: Montaluisa Chávez NV, Cruz Gallegos VA. Plato Junior como una opción de tratamiento para la corrección de la mordida profunda en un paciente pediátrico: reporte de caso. Revista Odontología. 2026;28(1).

Resumen

Objetivo: Describir los efectos clínicos y radiográficos del uso del aparato ortopédico Plato Junior en la corrección de la mordida profunda en un paciente pediátrico durante un período de intervención de 90 días. **Metodología:** Se presenta un reporte de caso de un paciente pediátrico diagnosticado con mordida profunda, tratado mediante la colocación del aparato Plato Junior durante dicho período. La evaluación se realizó mediante análisis clínico, registros fotográficos, radiografías de control y análisis cefalométrico comparativo inicial y final. **Resultados:** Al finalizar el tratamiento, se evidenció una disminución clínica de la sobremordida, atribuible principalmente a cambios dentoalveolares como la intrusión de incisivos superiores e inferiores y la desoclusión posterior, además de una mejora en la función oclusal y en la estética facial. Si bien el análisis cefalométrico mostró variaciones favorables en el tercio facial inferior, estas no pueden interpretarse como crecimiento óseo real debido al corto período de intervención, pudiendo corresponder a adaptaciones funcionales y al crecimiento fisiológico normal del paciente. **Conclusiones:** El aparato Plato Junior demostró ser una alternativa terapéutica eficaz a corto plazo para la corrección dentoalveolar de la mordida profunda en este paciente pediátrico; sin embargo, se requieren estudios longitudinales y con mayor tamaño muestral para determinar su impacto sobre el crecimiento esquelético.

Palabras clave: mordida profunda, maloclusión, ortopedia maxilar, dentición mixta, aparatos ortodóncicos removibles.

Abstract

Objective: To describe the clinical and radiographic effects of the use of the Plato Junior orthopedic appliance in the correction of deep bite in a pediatric patient over a 90-day intervention period. **Methodology:** A case report of a pediatric patient diagnosed with deep bite is presented, treated with the placement of the Plato Junior appliance during this period. The evaluation was carried out through clinical analysis, photographic records, follow-up radiographs, and comparative cephalometric analysis at baseline and at the end of treatment. **Results:** At the end of the treatment, a clinical reduction of the overbite was observed, mainly attributable to dentoalveolar changes such as the relative intrusion of the upper incisors and posterior disocclusion, along with an improvement in occlusal function and facial aesthetics. Although cephalometric analysis showed favorable changes in the lower facial third, these cannot be interpreted as true skeletal growth due to the short intervention period and may correspond to functional adaptations and normal physiological growth of the patient. **Conclusions:** The Plato Junior appliance proved to be an effective short-term therapeutic alternative for dentoalveolar correction of deep bite in this pediatric patient; however, longitudinal studies with larger sample sizes are required to determine its impact on skeletal growth.

Keywords: deep bite, malocclusion, maxillary orthopedics, mixed dentition, removable orthodontic appliances.

Introducción

La mordida profunda constituye una de las maloclusiones verticales más frecuentes y complejas durante el crecimiento craneofacial, observándose principalmente en dentición mixta y permanente temprana. Su etiología es multifactorial, involucrando factores genéticos, alteraciones esqueléticas y condiciones ambientales que afectan la erupción dentaria y la dinámica oclusal (1-3).

Desde el punto de vista epidemiológico, la sobremordida representa una de las alteraciones verticales más comunes. Se considera fisiológica cuando no excede aproximadamente el 30% de solapamiento incisal; valores superiores definen una mordida profunda con implicaciones clínicas relevantes (4,5).

Morfológicamente, esta maloclusión se asocia con patrones hipodivergentes o braquifaciales, caracterizados por disminución del tercio facial inferior y de la dimensión vertical. Además, es frecuente su relación con maloclusión Clase II división 2, donde predominan la retroinclinación incisiva y el aumento del overbite (6,7).

La maloclusión Clase II división 2 presenta una etiopatogenia compleja derivada de la interacción entre factores genéticos y ambientales. Clínicamente, se caracteriza por retroinclinación de incisivos superiores, sobremordida aumentada y posición mandibular posterior, condicionando alteraciones funcionales y estéticas (8).

El abordaje terapéutico en pacientes en crecimiento debe ser interceptivo y basado en un diagnóstico integral. La evidencia reciente destaca la importancia de la intervención temprana para optimizar la estabilidad y los resultados funcionales a largo plazo (9,10).

La persistencia de mordida profunda puede generar complicaciones como trauma oclusal, alteraciones periodontales y disfunciones del sistema estomatognático, además de interferir en el crecimiento mandibular normal (3,11).

La selección del tratamiento depende del grado de compromiso dentoalveolar y esquelético. Las estrategias incluyen intrusión anterior, extrusión posterior y uso de anclaje esquelético, orientadas a restablecer la dimensión vertical y la armonía oclusal (12-14).

Entre las alternativas ortopédicas disponibles para la corrección de la mordida profunda destaca el aparato Plato Junior, especialmente indicado en pacientes en dentición primaria y mixta. Este dispositivo consiste en una placa acrílica superior que se extiende de canino a canino y funciona como un plano de mordida anterior,

favoreciendo la desoclusión posterior y la modificación del patrón oclusal.

En este contexto, el presente reporte de caso tiene como objetivo evaluar la efectividad del aparato Plato Junior como una alternativa de tratamiento ortopédico maxilar en la corrección de la mordida profunda en un paciente pediátrico. La evaluación se realizará mediante análisis clínico y radiográfico de los resultados, considerando como criterio de éxito la mejora de la oclusión funcional y de la armonía estética facial.

Reporte de caso clínico

Paciente masculino de 9 años, estudiante de educación primaria y residente en la ciudad de Quito, Ecuador, quien acude acompañado de su abuelo materno a la clínica odontológica de pregrado de la Universidad UTE-SERODU, para valoración en el área de ortopedia maxilar debido a la presencia de una mordida profunda. Se llevó a cabo un protocolo diagnóstico integral, el cual incluyó la obtención de registros fotográficos intra y extraorales, anamnesis detallada, examen clínico completo, radiografía panorámica, radiografía lateral de cráneo, modelos de estudio y tomografía computarizada. Estos estudios constituyeron herramientas diagnósticas fundamentales para el análisis clínico y la adecuada planificación del tratamiento ortopédico maxilar.

Previo al inicio del tratamiento y a la elaboración del presente reporte de caso, se obtuvo el consentimiento informado por escrito de los representantes legales del paciente, autorizando la atención clínica, el registro de la historia clínica y el uso de fotografías e imágenes diagnósticas con fines académicos y científicos, conforme a los protocolos institucionales vigentes, los cuales se encuentran debidamente documentados en la historia clínica institucional (Fig. 1).

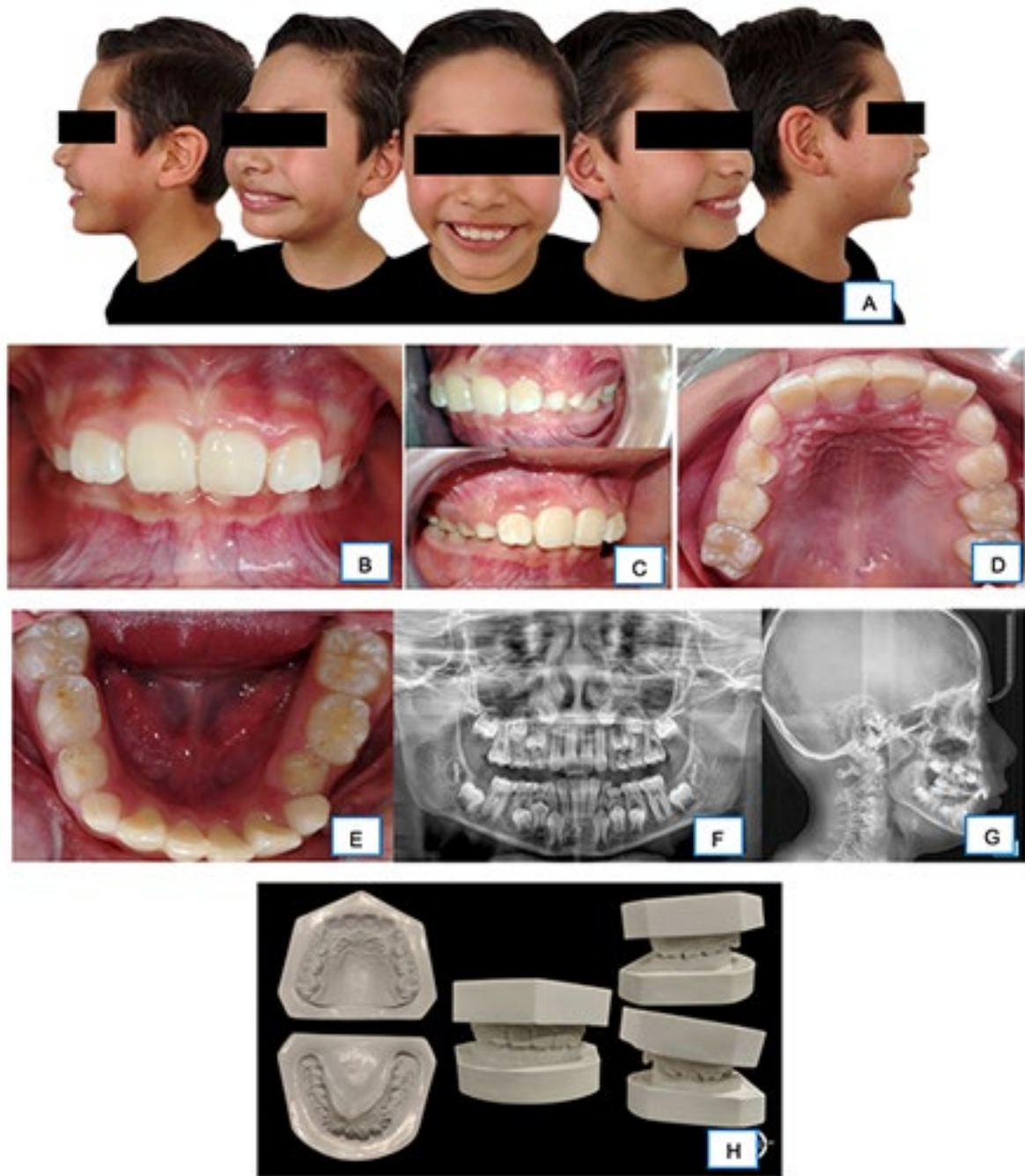


Figura 1. Fotografías clínicas pretratamiento. (A) Fotografías extraorales, (B) Fotografía intraoral frontal, (C) Fotografía intraoral lateral derecha e izquierda, (D) Fotografía intraoral oclusal maxilar, (E) Fotografía intraoral oclusal mandibular, (F) Radiografía panorámica, (G) Radiografía lateral de cráneo pretratamiento, (H) Modelos de estudio.

Dado que el paciente tenía 9 años, la indicación de tomografía computarizada se realizó únicamente cuando los hallazgos clínicos y los otros métodos diagnósticos convencionales (fotografías, radiografías panorámica y lateral, y modelos de estudio) no proporcionaban la información necesaria para un diagnóstico y planificación adecuados, justificando así su empleo

en este caso clínico; además, se consideró el principio ALARA (As Low As Reasonably Achievable), que establece que toda exposición a radiación ionizante debe mantenerse tan baja como sea razonablemente posible para obtener la información diagnóstica requerida, balanceando el beneficio clínico con la minimización de la dosis de radiación al paciente, especialmente en

población pediátrica que es más susceptible a los efectos de la radiación. Previo a la realización de la tomografía, se obtuvo un consentimiento informado específico y por escrito de los padres, que autorizó expresamente este procedimiento radiológico, así como el uso de las imágenes generadas con fines diagnósticos, educativos y científicos, garantizando que los padres, comprendió la justificación, los beneficios esperados y las precauciones adoptadas para cumplir con las prácticas de protección radiológica.

El uso de tomografía volumétrica (CBCT) en este caso se fundamenta en la necesidad de obtener información tridimensional precisa que no puede ser adecuadamente proporcionada por la radiografía convencional. Aunque se respetó el principio ALARA (As Low As Reasonably Achievable), la indicación de la tomografía se justificó debido a su valor diagnóstico adicional. Específicamente, la CBCT permitió una evaluación más detallada de la posición espacial de los incisivos, su inclinación y relación con las estructuras óseas circundantes, así como la valoración del espesor óseo alveolar y posibles limitaciones anatómicas para el movimiento dentario. Asimismo, facilitó un análisis más preciso de la dimensión vertical y de la relación intermaxilar, aspectos clave en el diagnóstico y seguimiento de la mordida profunda. La radiografía convencional, al ser bidimensional, presenta limitaciones como la superposición de estructuras, distorsión y falta de información en el plano transversal, lo que impide una valoración completa de las condiciones anatómicas en este tipo de casos. Por tanto, la tomografía aportó información complementaria relevante que permitió una planificación más segura y un seguimiento más preciso del tratamiento.

Además, se evidenció la presencia de un diente supernumerario localizado en el segundo cuadrante, en la región interproximal de los premolares permanentes. Este hallazgo motivó la planificación de un abordaje multidisciplinario, con interconsulta al servicio de cirugía oral para su valoración y manejo quirúrgico correspondiente.

El análisis cefalométrico preoperatorio evidenció una maloclusión Clase II de origen mixto, con compromiso dentoalveolar y esquelético, en un paciente con biotipo braquifacial. A nivel dental, se observó un aumento del overjet (6,2 mm) y un overbite severamente incrementado (8,0 mm), asociados a relaciones molar (2,1 mm) y canina (1,6 mm) compatibles con Clase II dental. La extrusión incisiva (4,0 mm) y la inclinación

interincisiva dentro de rangos normales (135°) sugieren un patrón de compensación dentaria, acompañado de una ligera protrusión de incisivos superiores (5,2 mm) y adecuada inclinación de los incisivos, lo que contribuye a la expresión de la sobremordida profunda. En el componente esquelético, el SNA (91°) indica prognatismo maxilar, mientras que el SNB (83°) refleja una discreta protrusión mandibular; sin embargo, el ANB (8°) y el valor de Wits (+3,5 mm) confirman una discrepancia sagital Clase II. La convexidad facial aumentada (6,5 mm) es consistente con un perfil convexo y refuerza el diagnóstico esquelético.

En el plano vertical, la disminución de la altura facial inferior (42°), junto con un ángulo del plano mandibular dentro de valores mesofaciales bajos, confirma un biotipo braquifacial, caracterizado por un patrón de crecimiento horizontal. Este patrón, en combinación con la extrusión dentaria y la alteración del plano oclusal, favorece la instauración y mantenimiento de la mordida profunda. En conjunto, estos hallazgos indican una interacción entre factores dentoalveolares y esqueléticos que condicionan la severidad de la maloclusión y orientan el abordaje terapéutico hacia el control vertical y la corrección de la discrepancia sagital. Finalmente, el análisis de Penn no evidenció discrepancias transversales.

Como modalidad terapéutica, se indicó el uso del aparato ortopédico tipo Plano Junior durante un período de tres meses, con el objetivo de controlar la mordida profunda mediante la desoclusión posterior y la modificación de la dimensión vertical anterior. El efecto principal del dispositivo se relacionó con la desoclusión de los sectores posteriores, favoreciendo la extrusión pasiva de los molares y una rotación mandibular en sentido horario, lo cual contribuyó a la disminución clínica del overbite. Adicionalmente, se considera que la reducción de la sobremordida también estuvo influenciada por una intrusión relativa de los incisivos superiores e inferiores, secundaria al contacto oclusal selectivo en el sector anterior generado por la placa acrílica. Estos cambios se interpretan principalmente como adaptaciones dentoalveolares y funcionales, permitiendo una mejora en la relación oclusal y en la estética facial. Cabe destacar que no se evidencian modificaciones esqueléticas significativas durante el corto período de tratamiento (Fig. 2).



Figura 2. Cementación de aparatología. (A) Fotografía intraoral frontal superior, (B) Fotografía intraoral frontal, (C) Fotografía intraoral superior con control oclusal.

Durante el seguimiento clínico, se realizaron controles periódicos con el objetivo de evaluar la evolución oclusal y dentoalveolar del paciente. En el primer control, a los 15 días, no se evidenciaron cambios clínicamente relevantes en la relación oclusal (Fig. 3). En el segundo control, a los 30 días, se observaron modificaciones dentoalveolares incipientes en comparación con la evaluación previa, caracterizadas por una extrusión pasiva de los primeros molares superiores e inferiores; sin embargo, aún no se evidenciaba un contacto oclusal efectivo entre los molares maxilares y sus antagonistas mandibulares (Fig. 4).

En el tercer control, a los 45 días, se constató, en máxima intercuspidad, una ligera progresión de la extrusión pasiva de los primeros molares superiores e inferiores respecto al control anterior (Fig. 5). En el cuarto control, a los 60 días, se observó la continuidad de estos cambios dentoalveolares, con una mayor expresión clínica de la extrusión pasiva posterior en comparación con la evaluación previa (Fig. 6).

En el quinto control, realizado a los 75 días, se procedió al retiro del aparato tipo Plano Junior anterior, evidenciándose el cumplimiento de los objetivos clínicos planteados para esta fase del tratamiento, que incluyeron la desoclusión posterior inicial, la extrusión pasiva de los sectores posteriores y la disminución clínica de la sobremordida anterior. Posteriormente, se realizó profilaxis con ultrasonido y se tomaron impresiones con alginato, seguidas del vaciado en yeso extraduro, con el fin de confeccionar un retenedor removible tipo placa

Hawley con pistas anteriores. Asimismo, se solicitaron radiografías panorámica y lateral de cráneo como registros de control inmediato (Fig. 7).

En el sexto control, se instaló un retenedor funcional removible tipo placa Hawley con pistas anteriores, indicado para el mantenimiento de los resultados obtenidos durante la fase activa del tratamiento. Se proporcionaron instrucciones detalladas para su uso continuo durante un mínimo de 12 horas diarias por un período de seis meses posteriores al retiro del aparato ortopédico activo, con el objetivo de favorecer la estabilidad oclusal y funcional alcanzada (Fig. 8). Adicionalmente, se estableció un protocolo de seguimiento clínico periódico mediante controles mensuales durante la fase de retención, en los cuales se evaluaron parámetros como la sobremordida, la relación oclusal y la función mandibular. Estos controles permitieron verificar el mantenimiento de las correcciones logradas y detectar oportunamente posibles recidivas, contribuyendo así a la validación clínica de la estabilidad a corto plazo del tratamiento realizado.

Los cambios observados durante este período de seguimiento, limitado a aproximadamente 75–90 días, deben interpretarse como adaptaciones dentoalveolares propias del corto plazo y en el contexto de un reporte de caso. Por lo tanto, no es posible establecer inferencias ortopédicas generalizables ni atribuir modificaciones esqueléticas significativas, las cuales requieren evaluaciones longitudinales a mayor plazo, según lo reportado en la literatura científica (Tabla 1).



Figura 3. Fotografías intraorales—control a los 15 días; (A) vista frontal en oclusión, (B) vista de arcada superior.



Figura 4. Fotografías intraorales—Control a los 30 días; (A) vista en oclusión, (B) vista de arcada superior.



Figura 5. Fotografías intraorales—Control a los 45 días; (A) vista en oclusión, (B) vista de arcada superior.



Figura 6. Fotografías intraorales—Control a los 60 días; (A) vista en oclusión, (B) vista de arcada superior.

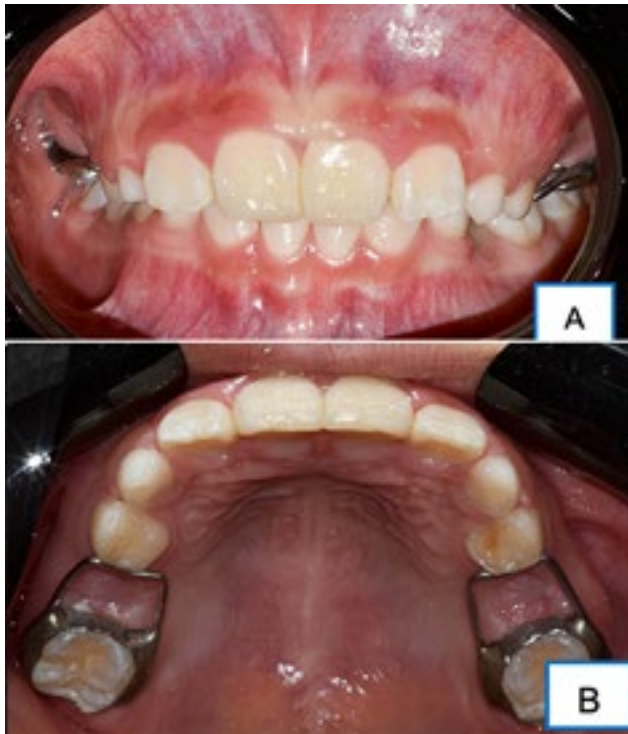


Figura 7. Fotografías intraorales—Control a los 75 días; Retiro de Plato Jr. (A) vista frontal en oclusión, (B) vista de arcada superior.

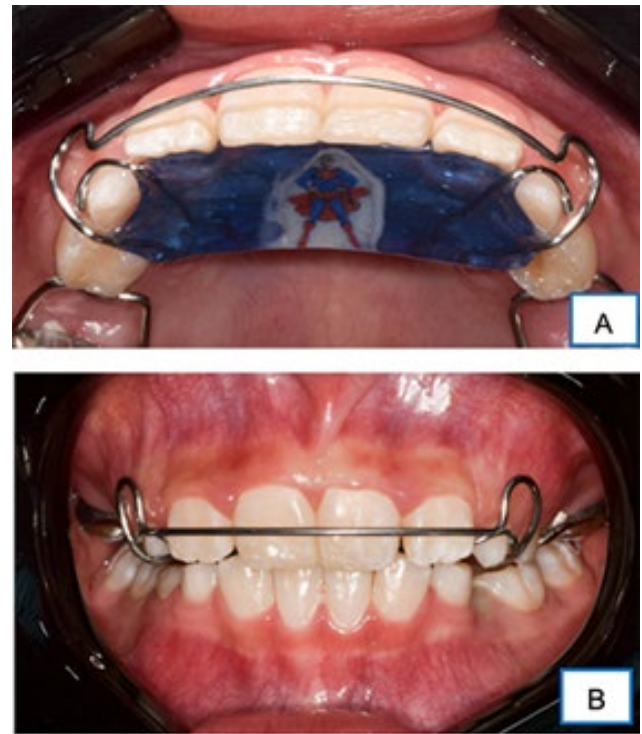


Figura 8. Retenedor Funcional—Placa Hawley con pistas anteriores; (A) vista arcada superior, (B) vista frontal en oclusión.

Tabla 1. Línea de tiempo cronológica de la atención clínica y seguimiento del tratamiento.

Tiempo / Control	Procedimiento / Hallazgos clínicos	Interpretación clínica
Inicio (T0)	Instalación del aparato ortopédico tipo Plano Junior	Inicio de fase activa para control de mordida profunda mediante desoclusión posterior
15 días (Control 1)	Sin cambios clínicos significativos en la relación oclusal	Periodo de adaptación inicial al aparato
30 días (Control 2)	Extrusión pasiva incipiente de primeros molares superiores e inferiores; sin contacto oclusal efectivo posterior	Inicio de cambios dentoalveolares
45 días (Control 3)	Progresión leve de la extrusión pasiva en molares en máxima intercuspidad	Evolución favorable de la desoclusión posterior
60 días (Control 4)	Mayor expresión clínica de la extrusión pasiva posterior	Consolidación progresiva de cambios dentoalveolares
75 días (Control 5)	Retiro del Plano Junior; disminución del overbite; profilaxis, impresiones y registros radiográficos	Cumplimiento de objetivos de fase activa
Post-retiro inmediato	Confección de retenedor tipo Hawley con pistas anteriores	Inicio de fase de retención
Control 6	Instalación del retenedor removable; indicación de uso ≥ 12 h/día por 6 meses	Mantenimiento de resultados oclusales y funcionales

Fase de retención (0–6 meses)	Controles mensuales: evaluación de sobremordida, relación oclusal y función mandibular	Monitoreo de estabilidad y detección de recidiva
Seguimiento global (75–90 días)	Cambios observados principalmente dentoalveolares y funcionales	No se evidencian modificaciones esqueléticas significativas a corto plazo

Resultados

Si bien se evidencian mejoras clínicas y cefalométricas tras la intervención ortopédica con el aparato Plato Junior, es fundamental establecer criterios objetivos y reproducibles que permitan cuantificar los resultados obtenidos. La incorporación de indicadores estandarizados fortalece la validez del análisis y facilita la comparación con la literatura científica.

En este sentido, se propone el uso de medidas cuantificables derivadas de los registros pre y post tratamiento. El overbite mostró una reducción de 8.0 mm a 4.6 mm, lo que corresponde a una disminución del 42,5 %, evidenciando una corrección clínicamente significativa de la mordida profunda. De igual manera, el overjet presentó una reducción del 51,6 % (de 6.2 mm a 3.0 mm), indicando una mejora relevante en la relación sagital dentaria. A nivel cefalométrico, la discrepancia esquelética evaluada mediante el Wits mostró una reducción de 3.5 mm a 2.5 mm ($\approx 28,5$ %), sugiriendo una leve mejoría en la relación anteroposterior. Por su parte, el ángulo ANB se mantuvo estable (8°), lo que indica que el tratamiento tuvo un efecto predominantemente dentoalveolar más que esquelético (Tabla 2).

En relación con el componente vertical, se observó un incremento de la altura facial inferior de 42° a 45° ($\approx 7,1$ %), acompañado de una disminución del plano mandibular de 29° a 27° , lo que sugiere un adecuado control vertical y una tendencia hacia la corrección del patrón braquifacial. Estos cambios son clínicamente relevantes en el manejo de la mordida profunda. Adicionalmente, se recomienda complementar el análisis con parámetros clínicos estandarizados, tales como el porcentaje de cobertura incisal, evaluación funcional oclusal, análisis del plano oclusal y valoración estética facial mediante escalas validadas. La integración de estos indicadores permitiría una evaluación más robusta, objetiva y reproducible de los resultados terapéuticos. (Fig. 9,10,12).

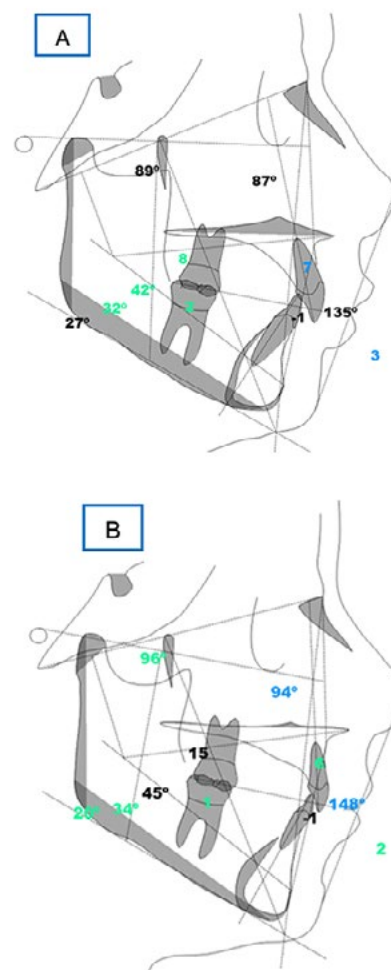


Figura 9. Resultado cefalométrico; (A) inicial, (B) post-tratamiento.

A continuación, con el fin de analizar de manera objetiva las mejoras obtenidas en el presente caso, se presenta una tabla comparativa de los valores cefalométricos pre y post tratamiento ortopédico maxilar. Este análisis permite evaluar detalladamente las variaciones en las diferentes medidas tras el uso del aparato Plato Junior, así como su respectiva interpretación clínica (Tabla 2).

Tabla 2. Análisis cefalométrico comparativo pre y post tratamiento ortopédico maxilar con aparato Plato Junior.

Variable	Pretratamiento	Postratamiento	Cambio	Interpretación clínica
Overjet (mm)	6,2	3,0	↓ 3,2	Mejora significativa sagital
Overbite (mm)	8,0	4,6	↓ 3,4	Corrección de mordida profunda
Relación molar	2,1	1,4	↓	Tendencia a Clase I
Relación canina	1,6	1,6	=	Estable
Extrusión incisiva	4,0	2,3	↓ 1,7	Control vertical
Ángulo interincisivo (°)	135°	148°	↑ 13°	Retroinclinación incisiva
Convexidad (mm)	6,5	5,7	↓ 0,8	Leve mejora perfil
Altura facial inferior (°)	42°	45°	↑ 3°	Mejora dimensión vertical
Posición molar superior (mm)	8,0	15,2	↑ 7,2	Avance dentoalveolar
Protrusión incisivo sup. (mm)	5,2	2,3	↓ 2,9	Retroposición
Inclinación incisivo sup. (°)	25°	16°	↓ 9°	Linguoversión
Inclinación incisivo inf. (°)	20°	16°	↓ 4°	Mejor control incisal
Plano oclusal (°)	26°	27°	↑ 1°	Estable
Protrusión labial (mm)	3,1	1,7	↓ 1,4	Mejora estética
Longitud labio superior (mm)	22,2	21,4	↓ 0,8	Sin cambio relevante
SNA (°)	91°	94°	↑ 3°	Crecimiento maxilar
SNB (°)	83°	86°	↑ 3°	Avance mandibular
ANB (°)	8°	8°	=	Relación esquelética estable
Wits (mm)	3,5	2,5	↓ 1,0	Mejora sagital leve
Ángulo plano mandibular (°)	29°	27°	↓ 2°	Control patrón braquifacial

Los valores cefalométricos evidencian una mejora significativa en el componente vertical, destacando la reducción del overbite y el incremento de la altura facial inferior. Asimismo, se observa una mejoría en la relación sagital dentaria, con estabilidad en la relación

esquelética Clase II. Estos hallazgos sugieren que el uso del aparato Plato Junior contribuye favorablemente al control vertical y a la armonización dentofacial en pacientes en crecimiento (Fig. 12).

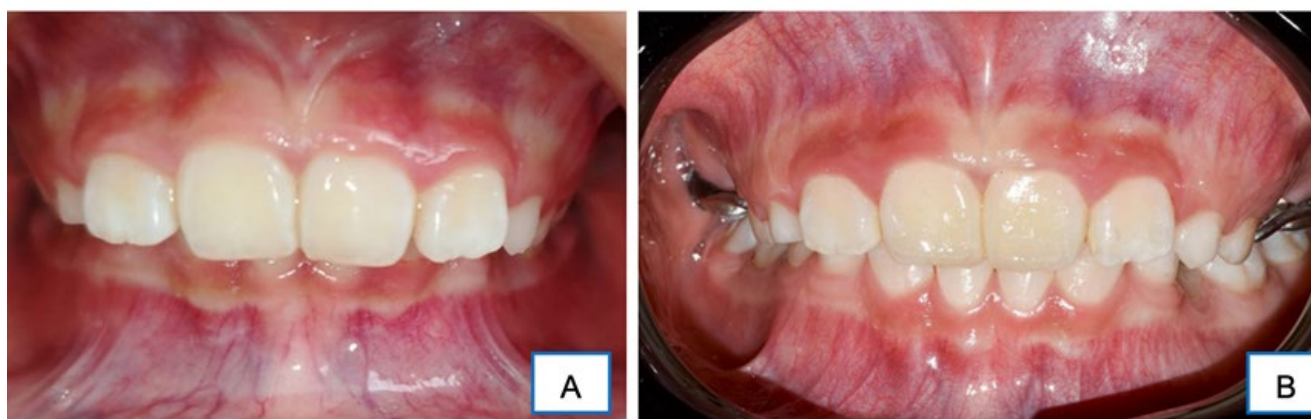


Figura 10. Fotografías clínicas de evolución. (A) Fotografía intraoral inicial, (B) Fotografía intraoral postratamiento.

En la radiografía panorámica postratamiento se evidenció la extrusión pasiva de los órganos dentarios posteriores, acompañada de una nivelación progresiva de la curva de Spee, la cual se mostró más armónica en comparación con la curvatura inicial aumentada, característica de pacientes con mordida profunda. Estos hallazgos son consistentes con las adaptaciones

dentoalveolares esperadas tras la desoclusión posterior inducida durante la fase activa del tratamiento. Adicionalmente, se observó una ligera intrusión de los incisivos superiores e inferiores, atribuible al contacto oclusal selectivo en el sector anterior generado por la acción de la placa acrílica (Fig. 11).

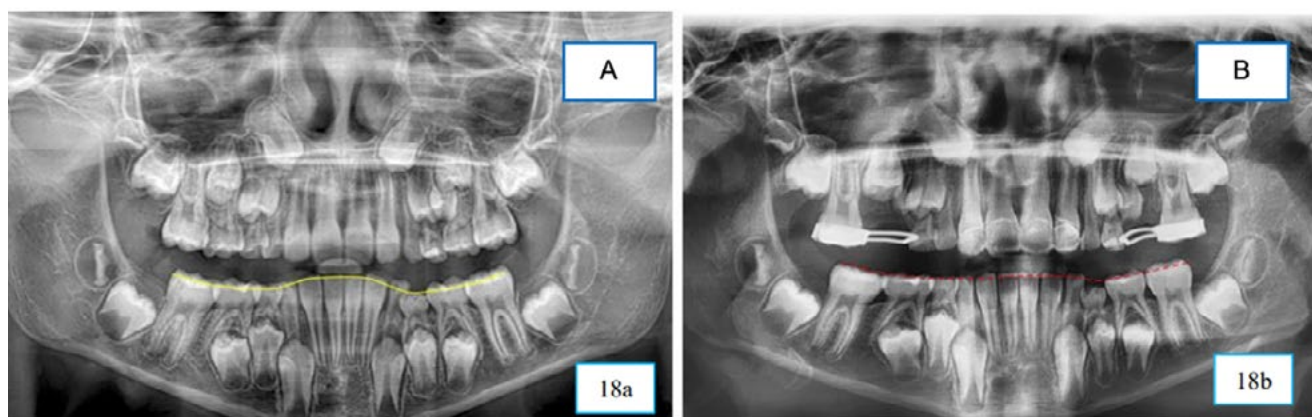


Figura 11. Radiografía panorámica. (A) inicial, (B) postratamiento.

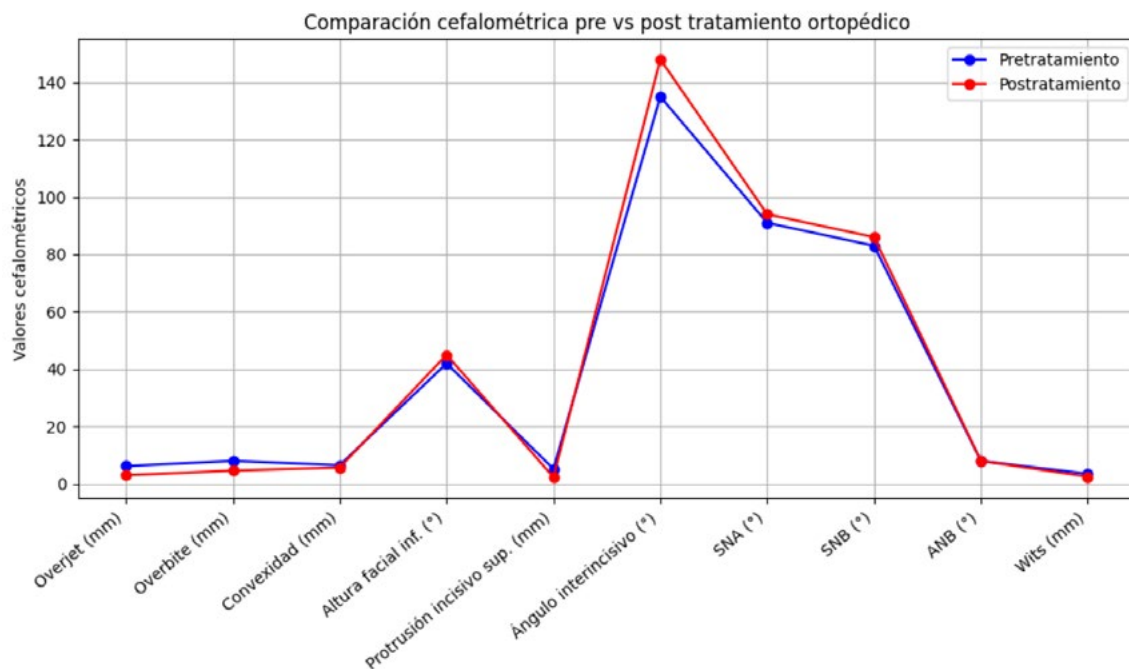


Figura 12. Evaluación dinámica de la evolución y seguimiento pre y post ortopedia maxilar.

Discusión

La mordida profunda constituye una de las maloclusiones verticales más prevalentes y complejas, cuyo manejo requiere una adecuada diferenciación entre componentes dentoalveolares y esqueléticos. La evidencia reciente confirma que no existe un protocolo único de tratamiento, debido a la heterogeneidad etiológica y a la variabilidad en la respuesta biológica de los pacientes, especialmente en etapas de crecimiento (14,15).

En pacientes en crecimiento, los enfoques interceptivos continúan siendo una alternativa terapéutica fundamental, ya que permiten aprovechar el potencial de erupción dentaria y modificar parcialmente el patrón vertical. En este sentido, los planos de mordida anterior y dispositivos funcionales promueven la extrusión posterior y la rotación mandibular en sentido horario, mecanismos ampliamente descritos como efectivos en la reducción del overbite (16,17).

El aparato Plato Junior se integra dentro de este grupo de terapias funcionales, destacando por su diseño sencillo y su potencial para mejorar la cooperación del paciente. Aunque la evidencia específica sobre este dispositivo es aún limitada, estudios recientes señalan que la adherencia terapéutica constituye un factor determinante en los resultados clínicos, especialmente en pacientes pediátricos sometidos a tratamientos interceptivos (18,19).

Desde el punto de vista biomecánico, la corrección de la mordida profunda puede lograrse mediante dos estrategias principales: la extrusión de sectores posteriores o la intrusión de incisivos. La literatura contemporánea indica que los abordajes conservadores, como los planos anteriores, producen predominantemente efectos dentoalveolares rápidos, mientras que técnicas de intrusión controlada ofrecen mayor precisión en casos seleccionados (20,21).

En este contexto, el uso de alineadores transparentes ha ganado popularidad; sin embargo, su eficacia en la corrección de mordida profunda sigue siendo motivo de debate. Estudios recientes reportan una predictibilidad moderada, con una expresión clínica inferior a la planificada, especialmente en casos con componente esquelético significativo, lo que obliga a considerar sobrecorrecciones o refinamientos durante el tratamiento (22,23).

Por otro lado, el anclaje esquelético mediante mini-implantes ha demostrado ser una herramienta eficaz para la intrusión dental, proporcionando mayor control biomecánico y reduciendo efectos secundarios no deseados. No obstante, su indicación debe individualizarse, particularmente en pacientes en crecimiento, donde los efectos sobre estructuras en desarrollo aún requieren mayor evidencia longitudinal (24,25).

En discrepancias verticales severas de origen esquelético, la literatura actual coincide en que los tratamientos exclusivamente ortodóncicos pueden ser insuficientes, siendo necesario considerar enfoques combinados ortodóncico-quirúrgicos para lograr resultados funcionales y estables (26).

Uno de los aspectos más relevantes en la corrección de la mordida profunda es la estabilidad a largo plazo. La evidencia disponible sugiere que, aunque los cambios iniciales son clínicamente significativos, existe un riesgo variable de recidiva, especialmente cuando no se controla adecuadamente el factor etiológico. La estabilidad depende de múltiples variables, incluyendo la mecánica utilizada, la retención y el crecimiento residual del paciente (27,28).

Estudios recientes sobre seguimiento postratamiento enfatizan que la corrección lograda mediante extrusión posterior puede ser estable en el tiempo si se mantiene un adecuado control funcional, mientras que las terapias basadas en intrusión presentan mayor estabilidad en casos seleccionados, aunque con mayor complejidad biomecánica (29,30).

Asimismo, se ha reportado que la intervención temprana puede mejorar los resultados a largo plazo, al reducir la severidad de la maloclusión y facilitar el control del crecimiento craneofacial. Sin embargo, la evidencia aún es insuficiente para establecer protocolos estandarizados respecto al momento óptimo de intervención (31,32).

En relación con la aceptación del tratamiento, los dispositivos de diseño simple, como el Plato Junior, podrían favorecer la cooperación del paciente, lo cual impacta directamente en la eficacia terapéutica. Este aspecto resulta especialmente relevante en tratamientos interceptivos, donde el éxito depende en gran medida del uso adecuado del aparato (33).

Finalmente, el presente reporte de caso debe interpretarse considerando las limitaciones inherentes a su diseño. Aunque los resultados clínicos obtenidos fueron favorables en el corto plazo, la ausencia de seguimiento longitudinal impide establecer conclusiones sobre la estabilidad a largo plazo. La literatura reciente enfatiza la necesidad de estudios clínicos prospectivos, con muestras mayores y periodos de seguimiento prolongados, que permitan validar la eficacia del Plato Junior y su papel dentro de las alternativas terapéuticas actuales (34,35).

Limitaciones

El presente estudio corresponde a un reporte de caso único, lo cual limita la generalización de los hallazgos a poblaciones más amplias. Además, el período de tratamiento activo y retención fue relativamente corto en comparación con estudios que evalúan intervenciones similares a mediano y largo plazo. Por lo tanto, no es posible establecer conclusiones definitivas sobre la estabilidad a largo plazo ni sobre los efectos esqueléticos del aparato Plato Junior.

Implicaciones clínicas

El aparato Plato Junior puede considerarse una alternativa terapéutica interceptiva en pacientes pediátricos con mordida profunda, siempre que su indicación se base en un diagnóstico integral y objetivos enfocados en el control dentoalveolar. La fase activa del tratamiento debe complementarse con un protocolo adecuado de retención funcional para favorecer la estabilidad de los cambios oclusales. Se requieren estudios prospectivos controlados, con muestras mayores y seguimientos prolongados, así como análisis cefalométricos longitudinales que permitan diferenciar los cambios dentoalveolares de los derivados del crecimiento esquelético.

Conclusiones

El aparato ortopédico Plato Junior fue la modalidad terapéutica empleada en el presente reporte de caso clínico como alternativa para el manejo de la mordida profunda, evidenciando resultados clínicos favorables en concordancia con los objetivos planteados. Su utilización demostró ser una opción ortopédica efectiva y clínicamente viable para la corrección dentoalveolar de esta alteración en el paciente pediátrico evaluado. Los hallazgos clínicos y radiográficos evidenciaron una mejora significativa en la relación oclusal, acompañada de una mayor armonía facial, con impacto positivo tanto en la función como en la estética. Asimismo, el presente caso resalta la importancia de la intervención ortopédica temprana en pacientes en crecimiento con alteraciones del patrón vertical, destacando el uso de planos de mordida como el Plato Junior debido a su adecuada aceptación clínica y su eficacia en el control de la sobremordida a través de mecanismos dentoalveolares y funcionales. No obstante, a pesar de los resultados favorables observados, la evidencia científica disponible respecto al uso del aparato Plato Junior continúa siendo

limitada. En este contexto, se hace necesario el desarrollo de estudios clínicos controlados, con muestras representativas y seguimiento a largo plazo, que permitan validar su eficacia y establecer recomendaciones clínicas sustentadas en evidencia para su aplicación en diversas poblaciones pediátricas.

Referencias

1. Rasol OA, Hajeer MY, Sultan K, Ajaj MA, Burhan AS, Jaber ST, et al. Evaluation of different methods of correcting deep bite: a systematic review. *Prog Orthod*. 2025. doi:10.1186/s40510-025-00586-y
2. Rasol OA, et al. Orthodontic correction of deep bite in growing patients: a systematic review. *Cureus*. 2024;16:e62666. doi:10.7759/cureus.62666
3. El Guennouni B, et al. Orthodontic treatment of deep bite in mixed dentition: a systematic review. *Orthod Fr*. 2025. doi:10.1016/j.orthod-fr.2024.11.012
4. Spillers T, et al. Deep bite correction with clear aligners. *Semin Orthod*. 2025. doi:10.1055/s-0045-1808255
5. Husain F, Riccardi J, Alletto L, Stellrecht E, Bejehmir AP, Al-Jewair T. Effectiveness and accuracy of clear aligners in treatment of deep bite: a systematic review. *Clin Oral Investig*. 2025;29:306. doi:10.1007/s00784-025-06381-7
6. Blundell HL, et al. Deep bite correction with clear aligners: a review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2025. doi:10.1016/j.ajodo.2025.01.019
7. Boccuzzi M, et al. Predictability of overbite correction with clear aligners: a systematic review. *Appl Sci*. 2025;15(13):7268. doi:10.3390/app15137268
8. Zanatta S, et al. Clear aligners in curve of Spee leveling: a systematic review. *Appl Sci*. 2025;15:9719. doi:10.3390/app15179719
9. Francisco I, et al. Orthodontic methods for leveling curve of Spee: a systematic review. *Appl Sci*. 2025;15:12217. doi:10.3390/app152212217
10. Fahim F, et al. Effects of bite turbos in deep bite treatment. *Dent J*. 2025. doi:10.3390/dj13090412
11. Fahim F, et al. Patient satisfaction with bite turbos. *Dent J*. 2025. doi:10.3390/dj13090412
12. Mahfouz M, et al. Evidence-based review of deep bite etiology and management. *SSRN*. 2025. doi:10.2139/ssrn.6153347
13. Inchingolo AD, Malcangi G, Patano A, et al. Orthodontic and surgical approaches for vertical discrepancies: a systematic review. *J Clin Med*. 2024;13(22):6843. doi:10.3390/jcm13226843
14. Alkhamees A, et al. Class II division 2 treatment with deep bite. *J Orthod Sci*. 2024. doi:10.4103/jos.jos_56_24
15. Nota A, Tecco S, Baldini A. Predictability of deep bite correction with aligners: a systematic review. *Appl Sci*. 2024;14(18):8231. doi:10.3390/app14188231
16. Bardideh E, Tamizi G, Shafae H, Rangrazi A, Ghorbani M, Kerayechian N. Skeletal anchorage-supported intrusion in deep bite: a systematic review and meta-analysis. *Biomimetics*. 2023;8(3):245. doi:10.3390/biomimetics8030245
17. Ke Y, Zhu Y, Zhu M. A comparison of treatment effectiveness between clear aligners and fixed appliances: a systematic review. *BMC Oral Health*. 2023;23:24. doi:10.1186/s12903-023-02702-1
18. Papageorgiou SN, Antonoglou GN, Eliades T. Evidence-based orthodontics: clinical implications and future perspectives. *Prog Orthod*. 2022;23(1):1–8. doi:10.1186/s40510-022-00412-7
19. Papageorgiou SN, et al. Timing of orthodontic treatment interventions: a systematic review. *Eur J Orthod*. 2022. doi:10.1093/ejo/cjab068
20. Zhang J, Chen G, Li W, Xu T. Patient compliance and orthodontic treatment outcomes: a systematic review. *Patient Prefer Adherence*. 2022;16:123–135. doi:10.2147/PPA.S338258
21. Gupta H, Gupta A, Verma S, Singh SP. Miniscrew-supported intrusion in deep bite correction: a systematic review and meta-analysis. *Contemp Clin Dent*. 2022;13(4):307–314. doi:10.4103/ccd.ccd_21_22

22. Prateek S, et al. Mini-implants versus intrusion arch for deep bite correction: a systematic review. *Turk J Orthod.* 2022;35(2):150–156. doi:[10.5152/TurkJOrthod.2022.21114](https://doi.org/10.5152/TurkJOrthod.2022.21114)
23. Takeda LF, et al. Deep bite early treatment and outcomes. *Res Soc Dev.* 2022. doi:[10.33448/rsd](https://doi.org/10.33448/rsd)
24. Alhammadi MS, Fayed MS, Labib A. Global distribution of malocclusion traits: updated systematic review. *Orthod Craniofac Res.* 2022;25(1):1–12. doi:[10.1111/ocr.12505](https://doi.org/10.1111/ocr.12505)
25. Almaghlouth B, et al. Skeletal anchorage in deep bite correction: a review. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2021;13:11–19. doi:[10.2147/CCIDE.S288667](https://doi.org/10.2147/CCIDE.S288667)
26. AlQabandi AK, Sadowsky C, BeGole EA. Long-term stability of deep bite correction: a systematic review. *Orthod Craniofac Res.* 2021;24(1):1–10. doi:[10.1111/ocr.12406](https://doi.org/10.1111/ocr.12406)
27. Grünheid T, Loh C, Larson BE. Accuracy of Invisalign treatment in non-extraction cases. *Prog Orthod.* 2021;22(1):1–10. doi:[10.1186/s40510-021-00355-8](https://doi.org/10.1186/s40510-021-00355-8)
28. Almoammar K, et al. Deep bite and periodontal implications: a review. *J Clin Exp Dent.* 2021;13:e394–e400. doi:[10.4317/jced.57954](https://doi.org/10.4317/jced.57954)
29. Al-Moghrabi D, et al. Effectiveness of early orthodontic treatment: a systematic review. *Angle Orthod.* 2021. doi:[10.2319/022021-154.1](https://doi.org/10.2319/022021-154.1)
30. Lombardo L, Arreghini A, Ramina F, Ghislanzoni LTH, Siciliani G. Predictability of orthodontic movement with clear aligners: a systematic review. *Angle Orthod.* 2020;90(5):755–765. doi:[10.2319/022020-144.1](https://doi.org/10.2319/022020-144.1)
31. Papageorgiou SN, Koletsi D, Iliadi A, Eliades T. Treatment effects of functional appliances on deep bite: a systematic review and meta-analysis. *Eur J Orthod.* 2020;42(4):402–412. doi:[10.1093/ejo/cjz061](https://doi.org/10.1093/ejo/cjz061)
32. Sosly R, Mohammed H, Rizk MZ, Jamous E, Qaisi AG, Bearn DR. Effectiveness of miniscrew-supported maxillary incisor intrusion: a systematic review and meta-analysis. *Angle Orthod.* 2020;90(2):291–304. doi:[10.2319/021219-103.1](https://doi.org/10.2319/021219-103.1)
33. Rossini G, Parrini S, Castroflorio T, Deregibus A, Debernardi CL. Efficacy of clear aligners in controlling orthodontic tooth movement: a systematic review. *Angle Orthod.* 2020;90(5):755–765. doi:[10.2319/022020-144.1](https://doi.org/10.2319/022020-144.1)
34. Tsichlaki A, Chin SY, Pandis N, Fleming PS. Duration of orthodontic treatment with fixed appliances: a systematic review. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2020;149(3):308–318. doi:[10.1016/j.ajodo.2015.10.020](https://doi.org/10.1016/j.ajodo.2015.10.020)
35. Alhammadi MS, Halboub E, Fayed MS, Labib A, El-Saaidi C. Global distribution of malocclusion traits: a systematic review. *Dental Press J Orthod.* 2020;25(6):52–61. doi:[10.1590/2177-6709.25.6.052-061.oar](https://doi.org/10.1590/2177-6709.25.6.052-061.oar)

Recepción: 22 de enero de 2026

Revisión: 26 de enero de 2026

Aceptación: 26 de marzo de 2026

Publicación: 01 de julio de 2026