



C.E.D.D.U. Metodología de trabajo

Un caso clínico

*Dra. Cristina Bellini**

Partiendo del concepto del Dr. Torres de que el paciente es un individuo indiviso, donde la boca forma parte de ese individuo, y la disgracia no es más que la imagen plástica del desequilibrio funcional de todo ese individuo, y no solamente de su boca; es que comenzamos estudiando al paciente desde su postura. Así vemos que un paciente que presenta su postura alterada es un paciente que presenta su sistema muscular en una situación de desequilibrio compensado. Es decir que ninguna función se realizará en forma óptima si el paciente tiene su postura alterada.

Es así que comenzamos por el estudio de la postura y también vamos a empezar el tratamiento por al reeducación postural, o al menos esta se hace con la corrección de las demás disfunciones y desde el comienzo del tratamiento.

Debemos recordar también que estamos tratando con niños y en el niño hablamos de actitudes posturales alteradas, porque las alteraciones se encuentran a nivel de los discos intervertebrales, en la columna y en todas las articulaciones desde la cabeza a los pies.

En la gran mayoría de los casos todavía no existe alteración ósea, ésta aparecerá en caso de no ser tratada la actitud postural alterada.

* Ayudante en la clínica de C.E.D.D.U.

Vamos a ver un caso clínico. Fabián es un niño de 8 años respirador bucal, alérgico, con la capacidad vital disminuida y que presenta el hábito de succión digital. Este paciente fue atendido en un curso integral del Dr. Roberto Vidal Cassaglia.

Cuando observamos al paciente en su postura de frente (foto N° 1) encontramos una leve diferencia en la altura de hombros y manos, lo que nos está indicando una actitud postural escoliótica.

Cuando lo observamos de espalda (foto N° 2), vemos que el homóplato izquierdo hace más prominencia que el derecho y se encuentra más bajo, lo que coincide con el hombro y la mano izquierdos más bajos, así como también la diferencia que se ve en el ángulo de la talla, que es mayor del lado izquierdo.

Como vemos, Fabián se aleja de los parámetros de buena postura.

Cuando estudiamos al niño de perfil, las alteraciones son más notorias (foto N° 3), vemos la curvatura exagerada a nivel dorsal, que indica la presencia de una actitud cifótica. También notamos la curva lumbar más acentuada dando la lordosis lumbar.

Se observa la extensión de la cabeza hacia adelante. Todas estas alteraciones en la postura se pueden explicar de la siguiente manera: en un paciente respirador normal, la corriente aérea entra por fosas nasales, atraviesa los cornetes, hace una curva suave y sigue hacia abajo pasando por naso-faringe, oro-faringe, laringe, tráquea y pulmones. A nivel de la oro-faringe el aire pasa sin dificultad. Cuando la respiración no es normal, es decir que se hace por la boca, la corriente aérea llega al paladar blando y allí el espacio por donde debe pasar es más cerrado; se forma un ángulo más cerrado y el aire choca contra la pared posterior de la oro-faringe.

Para evitar esta dificultad, el niño levanta la cabeza para que la luz a ese nivel se haga más amplia, el pasaje del aire se hace con menor dificultad; coloca la boca a la altura de fosas nasales, pero ésto trae como consecuencia que la línea de los ojos queda hacia arriba y se pierde la orientación de la visión. Es así que para evitar esto se inclina el tronco hacia adelante de manera que el niño puede perder el equilibrio y caer; y es para evitar esto que se van acentuando lentamente las curvaturas dorsal, lumbar y también hay una leve flexión de las rodillas.

Recordemos también que columna, pelvis y miembros inferiores constituyen una cadena funcional que se mantiene alineada por la acción de un sistema muscular organizado en dos cadenas cinemáticas; una anterior, flexora y una posterior, extensora. Del juego armónico entre agonistas y antagonistas, es decir entre flexores y extensores se asegura la estabilidad de la postura y toda alteración que se produzca en uno, genera en el otro mecanismos de compensación que tienen como fin la correcta orientación de la visión.

Cuando hacemos el examen facial (foto N° 4) lo primero que llama la atención es su boca abierta, labios resecos y se ve la lengua. Los la-

bios son incompetentes. Otra cosa que podemos ver son las ojeras. Hay un éxtasis venoso a ese nivel. Ésta es otra manifestación de la respiración bucal y se debe a la falta de desarrollo del tercio medio de la cara debido a la falta de estímulo.

Sabemos que al respiración nasal actúa como matriz funcional que estimula el crecimiento del tercio medio de la cara y, como el techo del seno maxilar forma parte del piso de la órbita, al faltar el desarrollo del seno maxilar, el piso de la órbita también se ve afectado.

Observamos también que al no existir contacto labial, no hay tironeamiento de los labios y hay flaccidez de los músculos de la cara, al no haber tironeamiento del elevador común del labio superior y del ala de la nariz, ésta ensancha su base y suben las narinas, porque el labio superior no baja.

En la cara de perfil (foto N° 5), también se observa la disminución del tercio medio en altura, se ve la boca abierta y el labio superior corto.

Pasamos al estudio bucal (foto N° 6) y nos encontramos con una mordida abierta anterior importante cuya etiología es la interposición del dedo en el hábito de succión digital, ya que se limita a la zona de los incisivos.

La lengua se interpone entre las arcadas en el momento de la deglución (foto N° 7), haciendo de tapón para impedir el escape de alimentos y de saliva. Esta interposición lingual impide el crecimiento vertical de la premaxila. También existen trabas caninas que provocan mordida cruzada. Como sabemos, los procesos alveolares y las arcadas dentarias se conforman por las fuerzas centrífugas ejercidas por la lengua por dentro y las fuerzas centrípetas ejercidas por la cincha labio yugal, por fuera. Fabián



presenta un labio superior corto que no trabaja, un frenillo labial superior que tampoco trabaja y esto acarrea la falta de crecimiento de la premaxila por falta de estímulo a través del frenillo, ya que como recordamos el frenillo labial superior es parte de una aponeuroritis que se inserta a nivel del cartílago del septum nasal, pasa por la sutura interincisiva y termina en el labio superior.

Es de esta forma que el frenillo labial superior y el labio superior actúan como verdaderos motores de crecimiento de la premaxila.

Por otra parte, el contacto bilabial va a generar estímulos nerviosos aferentes que también permiten la ubicación de la mandíbula en el sentido antero-posterior. Según Petrovich la información del crecimiento mandibular se logra por tres factores:

- oclusales: dado por la información proprioceptiva al ponerse en contacto las piezas dentales;
- linguaes: aparte del equilibrio alveolar entre parte anterior de lengua y labio, interviene la situación adecuada del dorso lingual contra la bóveda palatina y el velo del paladar;
- labiales: las información sensitivas transmitidas por el contacto bilabial permiten a la mandíbula que se sitúe sagitalmente, no sólo en deglución sino también en reposo.

En Fabián se ha roto el equilibrio. La boca está abierta, hay interposición de lengua en el sector anterior, la punta de la lengua tampoco se ubica en la parte anterior del paladar, lo vemos interponiendo la lengua entre los dientes.

Cuando hacemos los estudios complementarios, en la ortopantomografía encontramos el pasaje aéreo disminuido por hipertrofia de los cornetes.

En la telerradiografía (foto N° 8) vemos un cavum libre o sea que la insuficiencia respiratoria se debe a la obstrucción a nivel nasal, no se ven obstrucciones en cavum. Hay apertura del ángulo interbasal, vemos claramente que es un ángulo más abierto de lo normal, se observa la mordida abierta y el aumento del tercio inferior de la cara.

Cuando hacemos el estudio cefalométrico (foto N° 9), corroboramos un ángulo interbasal aumentado, la mordida abierta, distorrelación mandibular y post-rotación mandibular. En cuanto al estudio de los modelos aislados, el maxilar superior, presenta estrechez a nivel de los caninos lo que provoca mordida cruzada a nivel del 5.3, también el escaso desarrollo de la premaxila. En el modelo inferior hay aplanamiento de la arcada incisiva con ligero apiñamiento.

En los modelos relacionados observamos en el plano frontal (foto N° 7) la gran mordida abierta, no hay coincidencia de las líneas medias y el canino superior derecho está en oclusión invertida.

En el plano sagital se ve la inclinación del plano de oclusión a nivel de la premaxila, típico de la succión digital que frenó el crecimiento vertical, tenemos aparente normorrelación molar y canina del lado derecho y del lado izquierdo, hay normorrelación canina y distorrelación molar, ya que la pieza 2.6 migró a mesial por pérdida de contacto debido a caries proximal del 6.5.

Concluida la recopilación de datos clínicos y de los exámenes complementarios hacemos la síntesis diagnóstica y llegamos a la conclusión de que Fabián es un niño que presenta actitud postural alterada, importante mordida abierta anterior, por succión digital y por interposición lingual; es respirador bucal; presenta

deglución disfuncional; distorrelación mandibular, ángulo interbasal aumentado, post-rotación mandibular y traba canina.

Pronóstico

El pronóstico es bueno, teniendo en cuenta la edad del niño y que la etiología de la disgnacia es totalmente funcional, aparte de que abandonó el hábito de succión digital.

Plan de tratamiento

Se plantea:

1. Reeducación de funciones.
2. Eliminación de trabas caninas.
3. Aparatología.

Para la corrección de las funciones comenzamos por postura y respiración, para después seguir por deglución y dicción si aún persiste la alteración.

Postura y respiración van juntas, no se puede reeducar una sin la otra, el diafragma no puede funcionar correctamente si la columna no está en buena postura.

Se hicieron los desgastes dentarios necesarios para eliminar las trabas.

En cuanto a la aparatología, se le colocó un Bionator protector. Se comenzó con este medio terapéutico, porque de las alteraciones que presentaba el niño la mordida abierta era la que requería más urgente solución.

Entre los objetivos del Bionator se encuentra lograr el cierre labial anterior y esto se logra por la guía del arco vestibular que se ubica a nivel del punto stomio, separado de los dientes de manera que ambos labios entren en contacto con el arco en el momento del cierre. Otro

de los objetivos es lograr el contacto de la lengua con el paladar. Este aparato es un medio terapéutico especialmente apropiado para los casos, aún cuando cesó la causa de la mordida abierta, la lengua perpetúa la infraoclusión de los incisivos al continuar interponiéndose. Es por eso que, con la parte anterior del acrílico que se insinúa hacia el maxilar superior, se impide que la lengua ocupe el espacio de la mordida abierta, pero esta porción de acrílico no impide el pasaje del aire ya que a nosotros nos interesa que ese pasaje se vea evitado por el cierre labial. El acrílico interoclusal es delgado, solo para permitir el pasaje de los alambres e impedir la erupción de los dientes posteriores. El arco vestibular en la zona lateral o dobleces buccinadores, mantienen a los carrillos alejados de las zonas laterales. Después de un tiempo de tratamiento, cuando ya se había cerrado prácticamente la mordida abierta, se hizo un cambio en la aparatología y se instaló un activador abierto elástico de Klammt con una pantalla anterior realizada por los resortes frontales tipo Bilmer amplios, para continuar impidiendo la interposición lingual. Este activador se caracteriza por estimular el desarrollo transversal y el adelantamiento mandibular, también los arcos vestibulares, en las zonas laterales impiden la compresión de los buccinadores.

En la actualidad vemos cómo se encuentra Fabián (fotos Nº 10, 11, 12, 13, 14 y. 15). El tratamiento no ha terminado, aún no ha mejorado la postura totalmente porque es un niño que no colaboró con los ejercicios funcionales. Se logró contacto labial y se corrigió la mordida abierta.

Trabajo presentado en las Jornadas "Dos días con la ortopedia", de la A.A.O.F.M., Buenos Aires.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5

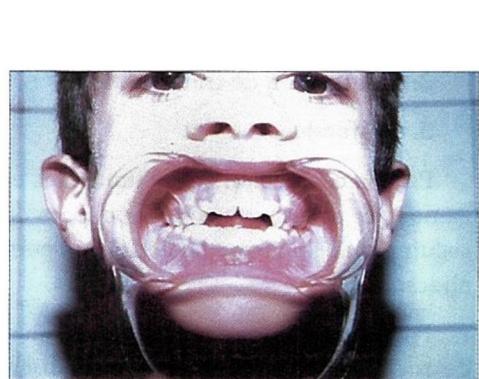


Figura 6

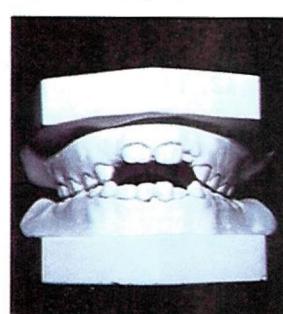


Figura 7



Figura 8

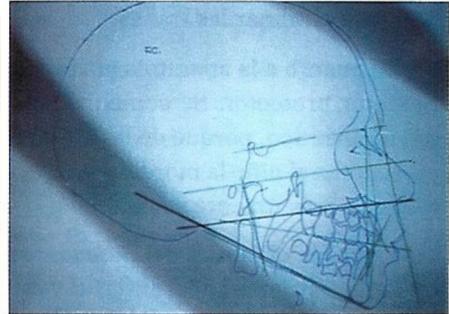


Figura 9

Fotos del estado del inicial del paciente

CEDDU • Montevideo • diciembre 2000



Figura 10

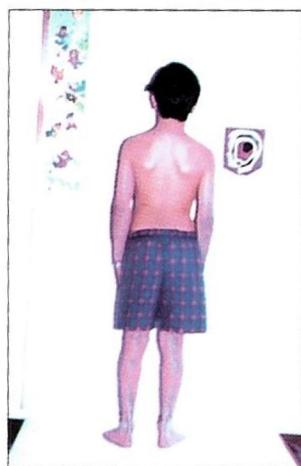


Figura 11



Figura 12



Figura 13



Figura 14

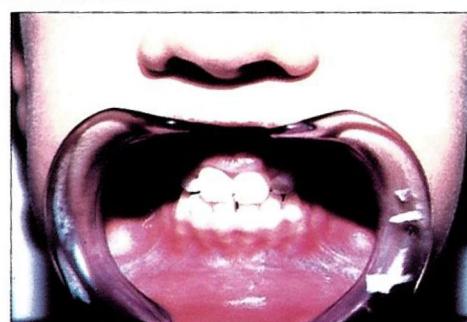


Figura 15

Fotos del estado final del paciente

CEDDU • Montevideo • diciembre 2000