

## ORTOPEDIA EN FISURADOS

Comunicación previa sobre cuarenta casos

POR EL DOCTOR

JAIME ALTMANN

Jefe de Trabajos Prácticos de Operatoria

Dental de la Facultad de Odontología

Odontólogo del Servicio de Cirugía

Plástica del M. de S. P.

(Montevideo - Uruguay)

### INTRODUCCION

La Ortopedia Funcional de los maxilares, gnato-ortopedia neurodinámico funcional tiene un amplio campo de acción en el tratamiento bucal de los fisurados.

Uno de los problemas que ha merecido mayor dedicación últimamente en la rehabilitación integral en estos pacientes ha sido, la corrección de las malformaciones del sistema máxilo-dentro-facial.

El tratamiento integral debe realizarse precozmente y en equipo, donde el pediatra, el cirujano plástico y el odontólogo ortopedista, actúan conjuntamente y en estrecha colaboración. Así se evitan la mayor parte de las malformaciones graves que se encuentran cuando los enfermos no han sido atendidos en esta forma.

El estado actual de los conocimientos sobre etiología, y diagnóstico ha permitido ubicar el tratamiento ortopédico de los fisurados sobre bases científicas y biológicas. En la oclusión dentaria se reconoce las modificaciones producidas por el defecto congénito o por las secuelas de los procedimientos quirúrgicos realizados hasta hace pocos años sin la colaboración del odontólogo especializado en gnato-ortopedia.

Las técnicas quirúrgicas y ortopédicas actuales, en mutua cola-

boración, previenen gran parte de dichas secuelas y tratan eficazmente los defectos congénitos.

La experiencia que fundamenta este trabajo está basada en cuarenta casos tratados en los últimos cuatro años en el Servicio de Cirugía Plástica del Ministerio de Salud Pública que dirige el Prof. Dr. Héctor Ardao, y en nuestra clínica privada, veintiuno de fisura-labio-alvéolo-palatina-unilateral, diez y siete bilaterales y dos palatinas únicamente.

La edad de estos pacientes varían entre catorce días y sesenta años, con un promedio aproximado de ocho años de edad.

Como ejemplo de los tratamientos realizados presentaremos sólo uno de los casos que es de los más característicos: el N° 27.

Fue operado por primera vez a los seis meses de edad en julio de 1951, por segunda vez en julio de 1953. Comenzó su atención ortopédica en febrero de 1963, en el Servicio de Cirugía Plástica del Ministerio de Salud Pública.

Para el diagnóstico se usó examen clínico, modelos radiografías, telerradiografías, fotos, los que sirvieron para ubicar el caso dentro de los índices y medidas que son aplicables para el conocimiento completo de los casos a tratar. La telerradiografía nos permite apre-

Nº	Nombre	Iniciación	Edad	Anomalia	Tratamiento
1	B.L.	Agost. 1959	18 años	FLAPB	Prótesis protectora quirúrgica.
2	T.C.	Stbre. 1959	17 "	FLAPB	Placa activa y prótesis parcial.
3	L.L.	Enero 1960	13 "	FLAPB	Placa activa con prótesis.
4	J.O.C.	Mayo 1960	14 "	FLAPB	1º Placa activa; 2º monoblock; 3º disyuntor; 4º prótesis.
5	W.B.	Junio 1960	18 "	FLAPB	Monoblock cortado con arcos dorsales. Abandonó el tratamiento Oct. 1961.
6	A.G.	Julio 1960	12 "	FLAPB	1º Activador; 2º placa activa.
7	S.S.	Oct. 1960	9 "	FVP	Aparato ortopédico.
8	S.M.	Oct. 1960	9 "	FLAPU	1º Activador cortado con arcos vestibulares; 2º placas planas de progenie; 3º elilibrar con tornillo placa inferior; placa superior.
9	E.S.	Oct. 1961	5 "	FLAPB	Plano inclinado funcional.
10	D.P.	Junio 1961	19 "	FLAPU	Parcial inferior y superior con resortes.
11	J.M.	Agost. 1961	24 "	FLAPU	Resección condilar por progenie.
12	M.E.L.	Julio 1961	10 "	FLAPB	Placa activa.
13	N.C.	Julio 1961	5 "	FLAPU	Placa activa arco progenie.
14	H.P.	Julio 1961	20 "	FLAPU	Completa superior; reconstructiva de perfil.
15	M.R.	Nvbre. 1961	60 "	FLAPU	Completa superior obturatriz; parcial inferior.
16	E.N.	Enero 1962	10 "	FLPU	1º Placa inferior en equiplan con placa superior con arco de progenie; 2º placa repone el 2 y resortes.
17	E.U.	Feb. 1962	5 "	FLPU	1º Placas planas de progenie; 2º Bimler de progenie; 3º Placa superior con telón para la lengua.
18	M.A.	Mayo 1962	10 "	FLAPBC	Placas planas de progenie <u>1   1</u> yaques con reposición de los dos laterales superiores.
19	E.C.	Mayo 1962	6 "	FLPU	1º Placa activa superior; 2º placas planas de progenie.

20	T.G.	Mayo	1962	18	"	FLPBC	Completa superior obturatriz e inferior.
21	O.M.	Mayo	1962	3	"	FLPU	Plano inclinado.
22	L.F.	Mayo	1962	7	"	FLAPU	Placas planas de progenie.
23	E.D.C.	Oct.	1962	18	"	FP	Placa superior de progenie.
24	T.G.	Oct.	1962	13	"	FLPBU	Caso estudiado, no volvió.
25	B.	Nvbre.	1962	19	"	FLAPU	1ª Placas planas; 2ª placa superior.
26	N.S.	Nvbre.	1962	8	"	FLAPB	1ª Placas planas de progenie; 2ª Agregado de plano inclinado en el inferior.
27	W.S.	Feb.	1963	12	"	FLAPU	Bimler progenie.
28	E.R.V.	Feb.	1963	7	"	FLPU	Caso estudiado, no volvió.
29	S.N.G.	Marzo	1963	1	"	FLPBC	Aparato progenie y prótesis.
30	M.A.	Marzo	1963	7	"	FLPU	1ª placa superior progenie; 2ª placa masticante con tornillo abierto.
31	G.M.	Mayo	1963	9	"	FLAPU	Bimler de progenie.
32	G.M.	Stbre.	1963	8	"	FLAPBC	Aparato de progenie.
33	M.A.	Junio	1963	3	"	FLAPU	1ª Disyuntor; 2ª placa superior con tornillo triple, arcos dorsales a la placa inferior que se apoya en los $\overline{2\ 1} \mid 1\ 2$ .
34	X.X.	Julio	1963	14 días		FLAPU	Placa superior para colocar en operación.
35	D.R.	Julio	1963	7	"	FLAPU	Placas de progenie con arco dorsal.
36	B.P.	Oct.	1963	26	"	FLPB	En estudio.
37	R.E.	Oct.	1963	3	"	FLPU	Placa inferior con plano inclinado.
38	A.C.	Oct.	1963	4 meses		FLPU	Placa superior sostenida por alambra a un gorro.
39	J.A.A.	Oct.	1963	2 años		FLPU	En estudio.
40	M.J.P.	Oct.	1963	1 mes		FLAPBC	En estudio.

F = fisura. L = labio. A = alvéolo. P = palatina. B = bilateral. U = unilateral. C = completa.

ciar y valorar con exactitud la posición, volumen, forma y relación de maxilares y dientes con el cráneo en dos planos del espacio. Ha sido valiosa para la comparación, el diagnóstico y pronóstico de los

casos estudiados a partir de noviembre de 1962.

Este caso presenta las siguientes mediciones: (realizadas la mayoría según el método de análisis del Dr. Bimler). (Fig. 4).

Marzo de 1963		Junio de 1963	
Factor 1 =	- 10 grados	- 8 grados	
" 2 =	- 15 "	+ 5 "	
" 3 = A B =	8 "	20 "	normal
" 4 =	+ 12 "	+ 10 "	
" 5 =	62 "	= 60 "	
Angulo facial básico =	74 "	86 "	meso
		dolicho	
$\overline{1}$	91 "	72 "	
ii	156 "	142 "	
$\overline{1}$	70 "	60 "	
Goníaco	115 "	120 "	
Sobre mordida	12 mm.	1 mm.	
Resalte	11 "	2 "	
Distancia A B	25 "	32 "	
" A N	63 "	62 "	

**Tejidos blandos.** — Se observa una proquelia inferior (fig. 2 y 4)

**Maxilares.** — Presenta una mandíbula con prognatismo basal y alveolar, el maxilar tiene una retroalveolia basal y dentaria.

**Dientes.** — Se ve (Fig. 1 y 3) en el maxilar superior los premolares de ambos lados estaban por dentro de los inferiores al comenzar el tratamiento, el lateral superior izquierdo es conoide, todos los dientes anteriores tienen caries tratadas. En el maxilar inferior los centrales, estaban separados por diastemas de los laterales y en la zona de los premolares existía un espacio mucho mayor que el necesario.

**Etiología.** — El prognatismo inferior sería debido al defecto con-

génito agravado por las secuelas de las intervenciones realizadas que le daba a la mandíbula la posibilidad de movimiento aumentado.

**Pronóstico.** — Aparentemente desfavorable por la gran sobre mordida y resalte, no existía gran anomalía en el volumen de los maxilares, la discrepancia es de posición, las bases apicales superiores se pueden modificar con el tratamiento.

**Plan de tratamiento.** — Corregir el prognatismo inferior, la retroalveolia superior con su insuficiente desarrollo alveolar, la proquelia inferior, la lingu versión de los incisivos superiores y premolares, la gran sobre mordida y el marcado overjet (Fig. 1 - A - B - C - D y Fig. 3).

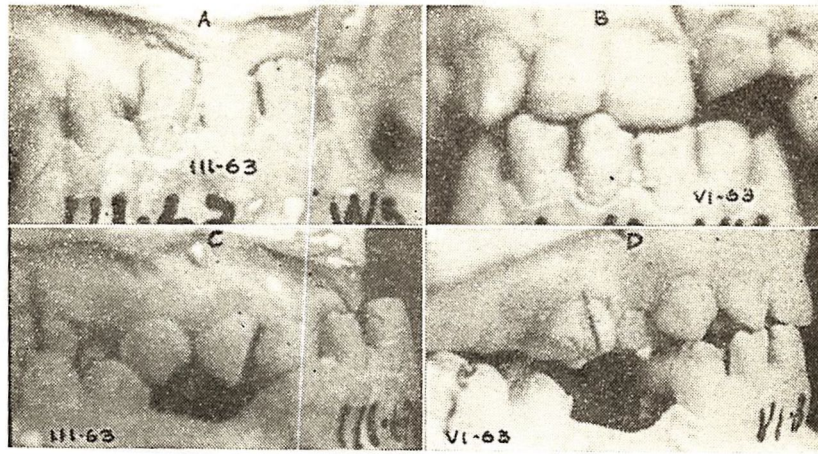


Figura 1

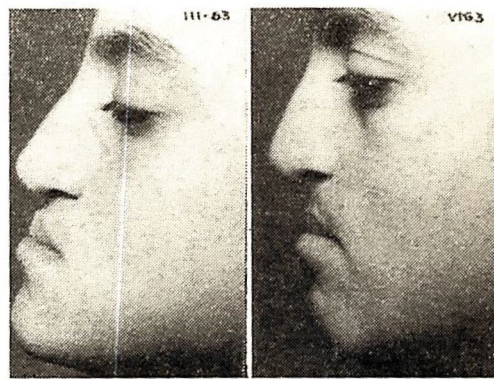


Figura 2

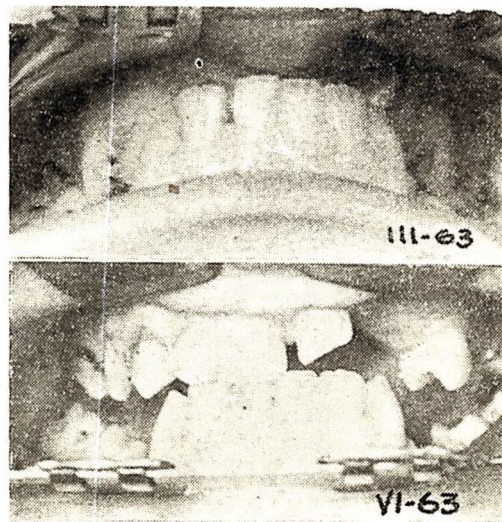


Figura 3

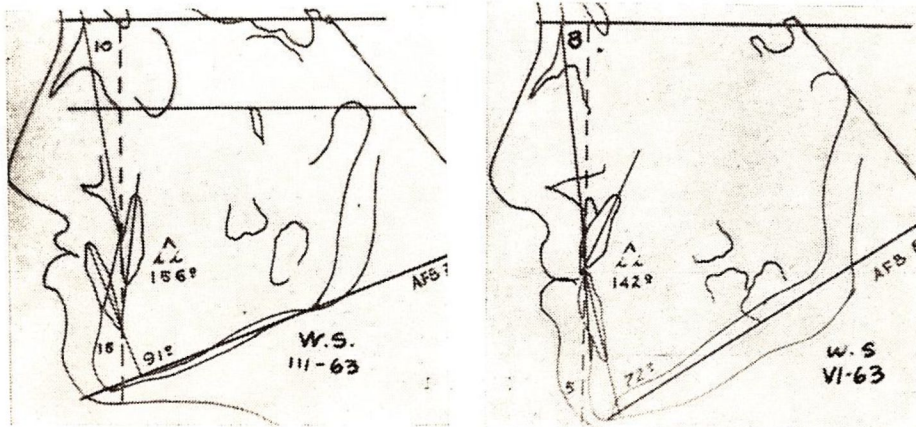


Figura 4

### TRATAMIENTO

Se resolvió colocarle un aparato dinámico funcional (Bimler de progenie). Hasta junio del año 1963 se había corregido el prognatismo inferior, articularan borde a borde los centrales, se consiguió una mejoría del labio superior e inferior. Las mediciones realizadas en los cefalogramas indicaron un cambio importante; la sobre mordida disminuyó en 11 mm. el resalte en 9 mm., el ángulo inter-incisivo disminuyó en 14 grados, la distancia A B aumentó en 7 mm., el ángulo goníacos aumentó 5 grados, el ángulo B o factor 3 aumentó 12 grados pasando a 20 grados que es normal, el factor 2 menos 15 grados típico de una progenie pasó a más 5 grados y el factor 1 que fue el que menos se modificó pasó de menos 10 a menos 8 grados.

En noviembre de 1963 las modificaciones logradas están estabilizadas con gran mejoría funcional y estética, la oclusión en la zona premolar se ve mejorada por la erupción de los premolares.

### CONSIDERACIONES FINALES

La gnato-ortopedia permitió en la mayoría de los casos:

- 1º Frenar el exagerado desarrollo de la mandíbula en el sentido antero-posterior, normalmente el embate de la mandíbula contra el maxilar genera gran cantidad de estímulos funcionales, que contribuyen al desarrollo armonioso del macizo cráneo-facial. Si estos impactos se transmiten en dirección anormal que es lo que sucede en la mayoría de los fisurados, pueden provocar lo siguiente:
  - a) que el maxilar detenga su desarrollo (atresia).
  - b) la mandíbula, al no tener freno ántero posterior se hipertrofia, por aumento de la movilidad, transformando el caso en una progenie (falsa o verdadera).
- 2º Expansión y distensión, en la medida que fuera necesario, principalmente si, por las me-

didadas realizadas se lo encuentra indicado.

- 3º La corrección de los dientes en giro versión, o en posición muy lingual debe tratar de hacerse en el momento de su erupción, cuando los elementos de sostén no se han diferenciado.
- 4º Restaurar toda la función masticatoria, la oclusión, especialmente la incisiva que es la más afectada, para tratar de lograr un perfecto equilibrio oclusal.
- 5º Eliminar la pseudo o verdadera progenie con su escalón labial e incisal.
- 6º Restablecer la estética y la función de todo el sistema témporo - mandíbulo - dento-facial.

**RESUMEN**

La gnato-ortopedia permite la prevención y/o corrección de las malformaciones del sistema máxilo-dentro-facial de los fisurados.

La mutua colaboración del cirujano plástico con el gnato-ortopedista es conveniente para la rehabilitación oral e integral de los fisurados.

Se presentan cuarenta casos con la aparatología del tratamiento rec-

lizado, uno de ellos el Nº 27, el más característico, donde se ve las modificaciones logradas.

**BIBLIOGRAFIA**

1. HAULP, K. y GROSSMAN, W. J. — Ortopedia Funcional de los Maxilares. Buenos Aires, 1955.
2. EIMLER, H. P. — Kieferorthopadie mit Gebissformer, Agosto 1953.
3. PLANAS, P. — Curso Primeras Jornadas Internacionales de la Ortopedia Funcional de los Maxilares. Buenos Aires 1963.
4. SCHWARZ. — Odonto Estomatología Alemana, tomo V.
5. MERONI, C. M. — Tratamiento Ortópédico de las complicaciones de la Respiración Bucal. Odontología de América. Vol. 2, Nº 4, pág. 176. Julio-Agosto, 1959.
6. MACARY. — Conferencia 1ª Jornada Internacional de Ortopedia Funcional de los Maxilares. Buenos Aires, 1963.
7. STOCKFISCH. — Ortopedia de los Maxilares. Buenos Aires 1962.
8. CASTELLINO, A., PROVERA, H. y SANTINI, R. — La Cefalometría en el Diagnóstico Ortodóncico. Rosario, Rep. Argentina. 1956.
9. BUÑO, Indalecio. — Aparatología Removible Intrabucal. Odontología Uruguaya, Dic. 1962.
10. ALTMANN, Jaime L. — Contribución de la Ortopedia Funcional de los Maxilares a la Otorrinolaringología. Cirugía Plástica. Junio 1963.

Jaime Altmann  
Colonia 844, Ap. 2.

**RAYOS X DENTAL ORELIX PHILIPS**

Poco uso. Vendo o permuta por sillón o equipo. Juntos o separados Cobro o pago diferencia



**LLAMAR AL TELEFONO: 98 08 26**