

CASO CLINICO

PRESENTACION DE UN CASO CLINICO SINTETIZADO REALIZADO DURANTE EL 1er. CURSO INTEGRAL DE ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES EN CEDDU. DIRECTOR, PROF.DR.ROBERTO VIDAL CASSAGLIA.

Paciente : Federico Brea

Edad : 5 años.

Tratantes : Dra. S. Alfonso. (*)

Dr. J. M. Delorenzi. ()**

1. DIAGNOSTICO.

Paciente con dentición temporaria completa con marcada discrepancia entre material dentario y óseo a predominancia dental, observándose un apiñamiento superior e inferior; masticación temporal, ligera disto oclusión y trabas caninas en los movimientos de lateralidad. Llaves caninas y plano post-lácteo distal. Ligera disto relación basal y alveolar. Deglución disfuncional con interposición de labio inferior al deglutir y contracción comisural y de los mentonianos.

* Egresada del primer Curso Integral de Ortopedia Funcional de los Maxilares dictado en CEDDU. Prof. Dr. Roberto Vidal.
Odontóloga del INAME (Instituto Nacional del Menor).
Integrante del grupo de CEDDU.

** Egresado del primer Curso Integral de Ortopedia Funcional de los Maxilares dictado en CEDDU. Prof. Dr. Roberto Vidal.
Docente grado 2 titular Cátedra de Ortopedia Dento Maxilo -Facial 1º y 2º de Facultad de Odontología.
Docente grado 2 interino del Curso de Ortopedia de la Escuela de Tecnología Odontológica (1995).
Integrante del grupo docente de CEDDU.

2. ESTUDIO DE LOS ELEMENTOS CLINICOS, PARACLINICOS Y ETIOPATOGENIA.

2.1. ELEMENTOS CLINICOS.

En lo general : Paciente sin antecedentes familiares ni alteraciones generales.

En lo facial : Perfil ligeramente convexo con tercio inferior aumentado.

Examen bucal : Dentición temporaria completa con apiñamiento ant-superior e inferior.

Examen funcional : Obsérvese la deglución disfuncional con contracción de los músculos mentonianos y apretando el labio inferior contra dientes ant-inf., favoreciendo el establecimiento de una disto-posición mandibular.

Masticación temporal con trabas laterales en los movimientos excursivos.

2.2 EXAMEN PARACLÍNICO.

2.2.1. Estudio radiográfico :

2.2.1.1. Se realizaron RX periapicales de boca completa controlando a distancia los sectores laterales inferiores de lo que se observó en general la falta de alteración en forma, nº y posición, tampoco se vió alteraciones a nivel radicular en lo que a proceso de reabsorción se refiere.

Estudio telerradiográfico :

2.2.1.2. Del perfil blando se destaca la falta de cierre oral anterior.

No hay alteraciones en la vía respiratoria alta; posee un cavum libre de 5 mm, aunque con senos paranasales de poco desarrollo. Amígdalas marcadas y lengua baja.

En lo esquelético su columna no tiene desviaciones y su hueso hioides a la altura de la cuarta vértebra relacionándose con la lengua baja.

Estudio Cefalométrico según Schwarz :

2.2.1.3. De la craneometría deducimos una ligera retroinclinación del maxilar superior con respecto a la base del cráneo.

Retroposición del mismo y una leve supraposición de la Articulación Témpero Mandibular.

De la gnatometría destaca la divergencia aumentada entre los planos SpP y MP que junto a la disminución del ángulo MP-PN y la apertura del ángulo goníaco, más la tendencia de crecimiento posterior del cóndilo, nos está condicionando la tendencia rotacional posterior.

De la interrelación basal y alveolar nos surge una disto-relación.

Con respecto a los incisivos superiores, considerando que estamos en dentición caduca, el ángulo nos marca una importante inclinación a palatino.

2.2.2. Estudio de Modelos.

2.2.2.1. Aislados.

a) *Modelo superior.* Maxilar normal en cuanto a tamaño y conformación, paladar normal, tamaño dentario grande con respecto al material óseo, sin diastemas y con apiñamiento anterior.

b) *Modelo inferior.* Con aplanamiento y apiñamiento del sector anterior.

Tamaño y forma normales, y discrepancia del material dentario.

2.2.2.2. Relacionados.

a) *En el plano frontal.* Sin particularidades.

b) *En el plano transversal.* Línea media correcta.

c) *En el plano sagital.* Llaves caninas en disto y escalón post-lácteo distal.

2.3 ETIOPATOGENIA.

No surgen de la Anamnesis antecedentes relacionados a las anomalías presentes.

Del estudio clínico surge un perfil convexo, con tercio inferior aumentado, llamando en lo local la atención el tamaño de las piezas dentarias.

En el estudio funcional se encuentra una deglución disfuncional con compresión de los músculos periorales a prevalencia del grupo mentoniano que favorece la retroposición mandibular.

Trabas caninas y molares que dificultan los movimientos excursivos, limitando la masticación a la apertura y cierre, lo que afectaría directamente el desarrollo óseo.

Se tiene un menor desarrollo del tercio medio que a la observación de la telerradiografía, se explica en la falta de desarrollo de los senos paranasales; lo que marca una falta de estímulo de la zona media de cara.

3. PLAN DE TRATAMIENTO.

Se planificó estimular el crecimiento de ambos maxilares, corregir la disto-relación mandibular y simultáneamente actuar inhibiendo los músculos mentonianos y carrillos en el acto deglutorio.

4. COMENTARIO DE LAS REACCIONES TISULARES.

Buscamos lograr un estímulo con el fin de conseguir una adaptación que sea morfológica y funcional para poder así llegar a readaptar y mantener las funciones alteradas.

Con el medio terapéutico que vamos a proponer, trataremos de lograr excitaciones funcionales por intermedio del trabajo muscular que nos produzca un cambio general a nivel del sistema estomatognático.

Buscaremos cambiar la sinergia funcional reordenando los patrones neuromusculares y centraremos nuestra estimulación mediante fuerzas intermitentes.

Trataremos de aprovechar la oportunidad de tratamiento acompañando su crecimiento y desarrollo.

5. OBJETIVO REAL DE LA PROPUESTA DE TRATAMIENTO.

Nuestra propuesta de tratamiento queda entonces claramente dirigida a tres puntos :

a) La corrección de la función (deglutoria) inhibiendo y estimulando los distintos músculos actuantes; grupo mentoniano, orbicular de los labios, buccinador y también de lengua.

b) Un actuar intermitente de fuerza estimuladora para la reabsorción y aposición ósea, que junto al crecimiento y desarrollo lleve a un remodelamiento tal que la forma y tamaño de los maxilares permita la ubicación de los órganos dentarios.

c) Una integración a nivel cerebral de los nuevos patrones neuromusculares para así poder reubicar al maxilar inferior en normo-relación con su homónimo superior.

6. ETAPAS POSIBLES.

1) Liberación de las interferencias oclusales que nos están limitando la libre función masticatoria con lo cual lograremos el crecimiento de los maxilares.

2) Actuar por intermedio de Aparatología Ortopédica Funcional de acción bimaxilar, con la cual lograr los tres puntos claves de nuestro Objetivo Real de Tratamiento : inhibición muscular; acción de fuerzas intermitentes y reubicación mandibular en el espacio.

CONTROL DEL TRATAMIENTO.

12/88. Se indica desgaste de caninos.

3/89. Colocación de aparatología de Klammt.

4/90. Se retira aparato. Se toman nuevas impresiones y se reeve el caso.

10/90. Se tomaron fotos de cara : frente.
oclusión : frente y ambos perfiles.
Se tomaron impresiones nuevas y mordida de oclusión habitual.

11/90. Se ordena al laboratorio la construcción de Placas Planas.

9/91. Se le da de alta.



