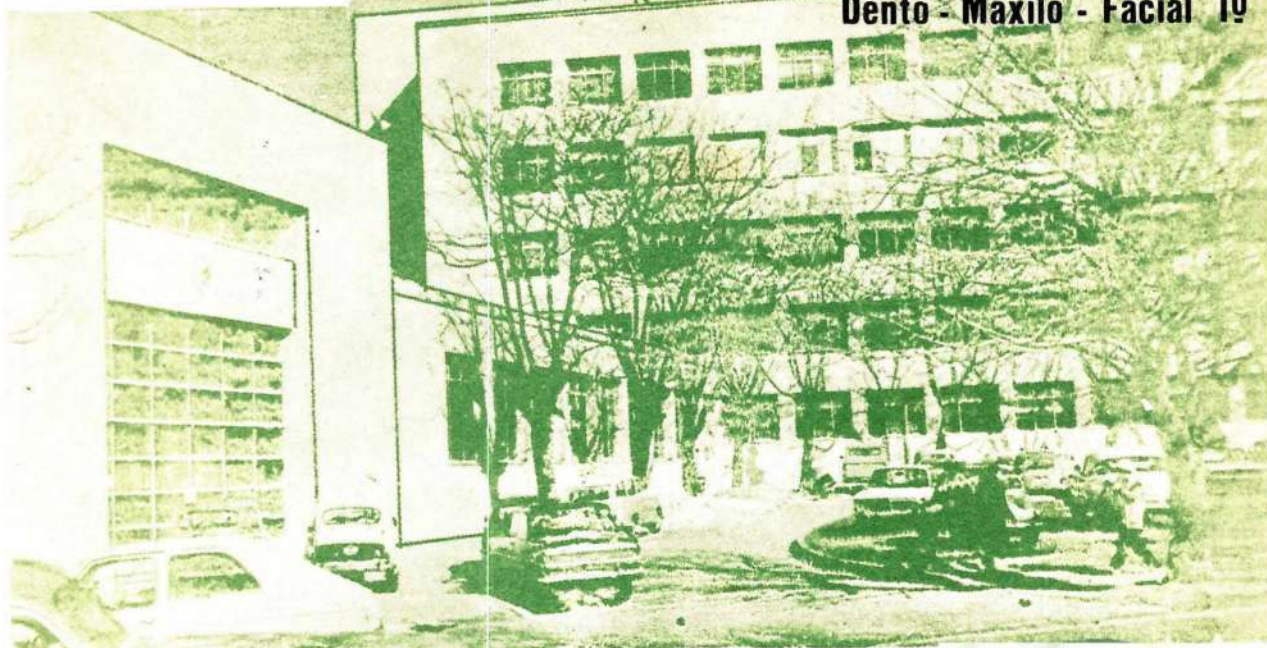


FACULTAD DE
ODONTOLOGIA

Cátedra de Ortopedia
Dento - Maxilo - Facial 10



Prof. Adj. Dr. Tiberio Kertész

Prof. Ayud. Dra. Yolanda López

Prof. Ayud. Dra. Beatriz Xavier

HISTORIA CLINICA

Sumario



UNIVERSIDAD DE LA REPUBLICA - División Publicaciones y Ediciones

MONTEVIDEO

1977

URUGUAY

EXPLICACION DE LA HISTORIA CLINICA

El estudio completo y detallado del paciente en Medicina, Odontología por lo tanto en O.D.M.F. tiene importancia capital, así como en las demás especialidades. Interesa el paciente como individuo (unidad) y como ser en su medio. Hablamos de "estudio completo y detallado" porque debemos considerar el presente, el pasado inmediato y remoto de ese individuo que se nos presenta como problema. Y debemos hacer este planteo minucioso, teniendo en cuenta que el ser desde su concepción está sujeto a la incidencia de factores genotípicos y fenotípicos que le dan características generales y particulares definidas.

DEFINICION. Según el diccionario médico se define la historia clínica y detallada de todos los datos y conocimientos actuales relativos a un enfermo que sirve de base para el juicio acabado de la enfermedad actual.

Analizando esta definición vemos que dice "la relación ordenada y detallada de todos los datos y conocimientos actuales ..." de donde deducimos que según este enfoque del estudio, no interesaría el pasado y desde este punto de vista se podrían estudiar solo algunas enfermedades y además en su manifestación actual sin tener en cuenta la probable etiología de la misma que puede ser muy amplia y estar formada por variadísimos factores que actuando desde la gestación o en un momento determinado, hacen propicio el campo para que surja la enfermedad actual.

Luego la definición dice "... relativos a un enfermo, que sirve de base para el juicio acabado de la enfermedad actual". O sea, que de acuerdo a ello, la historia tiene como fin elaborar un diagnóstico (juicio), pronóstico y plan de tratamiento. Hemos modificado algo de ese concepto pero a pesar de ello consideramos que no sólo con una definición se puede tener una idea clara de lo que en realidad significa y todos los aspectos que abarca el estudio de un paciente, si en realidad pretendemos conocerlo. Lo definimos como "la recopilación de todos los datos relativos al paciente, tanto presentes como pasados en forma escrita y ordenada, a los efectos de elaborar un diagnóstico, un pronóstico y un plan de tratamiento".

Incluimos en ella, con los diferentes exámenes, el estudio del pasado tanto inmediato como remoto, hecho que proporciona ma

por seguridad no solo respecto al diagnóstico a establecer, sino también respecto a los resultados que podemos esperar (pronósticos).

También nuestra historia tiene utilidad como fuente de información y estudio e investigación de que podemos, observando la mejoría o no del caso tratado, corroborar o no la mayor efectividad de la terapia empleada en presencia de determinadas condiciones. La historia que usamos tiene características particulares

Puede ser usada en cualquier clínica y con pacientes sin límites de edad. Ya en la portada tenemos una serie de elementos a considerar: en primer término se puede observar casilleros numerados que sirven para colocar datos. Estos en particular llevan el número de la historia. Los casilleros como finalidad facilitar en el futuro, el procesamiento de la información aportada por la historia. Los casilleros como finalidad facilitar en el futuro, el procesamiento de la información aportada por la historia con fines estadísticos.

Contamos además con los datos personales del paciente, que nos permite identificarlo (por medio del nombre) y ubicarlo (por la dirección) en caso de que ello sea necesario (ya porque el paciente a faltado a alguna cita, ya porque ha transcurrido cierto tiempo después del alta y queremos observar los resultados del tratamiento).

Ya en el interior de la historia nos encontramos con que se divide en tres grandes partes: la primera anamnesis o interrogatorio; la segunda de exámenes y por último la síntesis diagnóstica y semiológica de donde derivan el pronóstico y el plan de tratamiento.

Comprendidos en el interrogatorio encontramos varios ítems ya que preguntamos sobre diferentes aspectos relacionados con el paciente, por razones de comodidad en el manejo de la historia colocamos en la primera página los antecedentes familiares.

Por supuesto necesitamos identificar a los padres del niño en tratamiento y lógicamente le hacemos por sus respectivos nombres. La nacionalidad interesa porque de acuerdo al lugar de donde provenga pueden tener características particulares (fenotípicas) que pueden no transmitirse a sus hijos y otras que si pueden transmitirse, como lo son por carencia en determinados elementos que generan deficiencias en la descendencia (carencia en la dieta que debe ser balanceada de vitamina D que aparejan defectos en la fijación o carencia del Ca y por lo tanto hay tendencia a problemas óseos porque el niño ya nace con deficiencias en dicho tejido).

La edad de los padres se fundamental de dos puntos de vista: por un lado la edad de la madre, por envejecimiento del ovulo

ya que sabemos que cuanto mas avanzada es, hay tendencia a problemas importantes en el chico, (favorece mongolismo, retardo mental) y en segundo termino, porque se supone que entre padres jóvenes y sus hijos existe mayor comprensión y un trato que favorece la colaboración tanto de padres como de hijos en el tratamiento que pretendemos realizar.

En cuanto al estado civil de los padres, puede pensarse que es algo completamente desvinculado de nuestra tarea, pero teniendo en cuenta generalmente en el hogar es en donde las relaciones entre los cónyuges son armoniosas, el niño se siente seguro y protegido, querido y considerado, cuidado y difícilmente ese chico tendrá problemas de tipo efectivo y psicológico.

Cuando ese problema se presenta, intervienen frecuentemente como causa directa de disgnasia (succión prolongada de dedo y mamadera o chupete por sobreprotección o por abandono): causa de mordidas abiertas, deglución atípica por ejemplo o como factores coadyudantes (donde hay problemas importantes, por mejor diagnóstico, técnica que por mejor plan de tratamiento que realicemos es difícil llegar al éxito debido a las circunstancias mencionadas no tendremos colaboración del paciente y padres.

La raza juega un papel preponderante ya que ella se transmitirá por vía hereditaria, dándole a la descendencia características inamovibles. Por ejemplo es característica la biprotusión en la raza negra, constituyendo un rasgo normal y natural en el individuo. Por lo tanto podemos hacer un diagnostico de disgnasia pero de incierto pronóstico.

En cuanto a profesión, lugar de trabajo y sueldo, importa porque ello da la pauta de nivel cultural, posibilidad económica, no solamente por la relación que ellos pueden tener respecto al tratamiento sino también por las condiciones que le imprimen al desarrollo de la vida de esa familia, (valor que se le asigna a la salud, grado de confort alcanzado, alimentación, vestimenta y educación). Intimamente ligado a ello va el punto siguiente: Instrucción de los padres.

El tipo facial tiene ingerencia similar al punto raza, en el sentido de que el chico puede parecerse al padre o la madre.

Si bien es difícil poder examinar a ambos padres como para determinar si presentan enfermedades o no, generalmente tenemos oportunidad de conocer por lo menos a la madre y es muy importante saber si el niño tiene caracteres semejantes a uno u otro, concluyendo si el problema que presenta es hereditario o no. El interes de este punto radica en que es sumamente difícil ir contra el patron hereditario y muchas veces va a ser difícil corregir anomalías de esta naturaleza, pudiendo lograrse una mejora solamente pero, no el éxito deseado.

También las enfermedades generales en los padres pueden le--

gar caracteres particulares a los hijos (sífilis, tuberculosis, enfermedades esqueléticas) etc.)

Conocer el ambiente en el transcurrir la vida de nuestro paciente está intimamente ligado a las condiciones tanto físicas como síquicas, que presente, porque es fácil imaginar que no tiene un igual desarrollo físico, los niños que habitan en una casa de material, donde están más aislados de la inclemencia del tiempo en general, que aquellos que viven en una casa con techo de chapa o en casillas de madera. Y directamente relacionado a ello va a estar el aspecto psicológico, dado que el mayor confort predispone a un mejor descanso y ello a mejor carácter.

Lógicamente es muy importante la obtención del agua a ingerir. De acuerdo a su fuente, tenemos la pauta del grado de pureza que posee. Así como también la correcta eliminación de las aguas servidas, contribuyen a la higiene ambiental y en definitiva a la salud.

DATOS PERSONALES

El lugar de nacimiento interesa en el mismo sentido que para los padres, o sea por las características fenotípicas que pueden tener el paciente.

El hecho de que se halla que especificar departamento, ciudad, domicilio, hospital, sanatorio, se debe más que nada a que permite saber, en aquellos casos en que hubo problemas, el tipo de atención que recibió. Por ejemplo, un niño que tiene dificultad respiratoria en el momento del nacimiento: es atendido en un hospital o sanatorio, que sabemos que lo asisten personas especializadas (médicos, perinatólogos, parteros con experiencia y teniendo los elementos materiales adecuados, incubadora en el caso de prematuros ya sea en peso o en tiempo).

La corta edad brinda más posibilidades para el tratamiento, ya que podremos aprovechar picos y usar los períodos de crecimiento, favoreciendo el tratamiento; bastará en general con que sepamos guiar y estimular ese crecimiento. Si la edad es avanzada nuestras modificaciones deberán realizarse sobre un terreno ya consolidado, osificando, más calcificando complicando y entorpeciendo el tratamiento.

Respecto a la raza nos remitimos a lo expresado respecto a los padres. El sexo implica un grado de crecimiento y desarrollo diferente así como en edades también diferentes.

Podemos apreciar que las tablas que indican la relación de crecimiento y desarrollo respecto a la edad, también la relacionan con el sexo, debido a que en general la mujer es más precoz que el varón. El que la escuela sea pública o privada, alerta sobre las posibilidades económicas con que cuenta la familia que incidirá en la dieta, controles periódicos odontológicos (prevención).

Referente a que el chico concurra a la escuela pública o especial, significa claramente si tiene un coeficiente mental normal o no.

El punto de observaciones nos da la posibilidad de anotar en la historia, todos aquellos datos que recabemos y que no estén especificados, pero para el caso pueden revestir interés.

MOTIVOS DE CONSULTA

Es un dato que nos brinda un panorama muy amplio en relación al paciente que tratamos y a la vez lo particulariza.

Aquella persona que recurre a nosotros directamente porque ve problemas en su hijo debidos a cualquiera de las causas notadas más abajo, denota preocupación, interés por corregir esos problemas y a la vez sabemos será colaboradora. Otras veces la consulta es inducida por un amigo, otro familiar, ya sea por la ignorancia de los padres, porque se trata de padres a los que es difícil de admitir algo que no está bien en su hijo.

En otros casos el problema no es fácilmente apreciable y nos lo envía un colega o médico pediatra (referida).

La interconsulta es necesaria muchas veces, ya que la terapia puede incluir cirugía, prótesis, operatoria y por lo tanto requerimos la colaboración de otros colegas.

ANTECEDENTES PERSONALES

No debemos olvidar que el ser humano, está sujeto desde muy temprano, ya en la vida uterina, a vida también afectiva, el feto experimenta sensaciones emocionales y por lo tanto, reacciones emocionales, provocados por los reflejos. Se han observado fetos succionando su dedo pulgar. O sea el individuo funciona y vive como un ser desde el momento en que se constituye en él sin necesidad de tener un grado de maduración o desarrollo elevado. Es por ello que lo consideramos desde la concepción.

En esta etapa de la historia clínica es imprescindible la colaboración de la madre.

Las complicaciones del embarazo pueden dejar secuelas importantes en el individuo, a tal punto que algunas de ellas son irreversibles.

Era frecuente que muchos niños nacieran "ayudados" por forceps, observándose posteriormente en algunos, problemas de retardo mental, debido a la acción del citado instrumento,

El considerar que sean gemelos, interesa fundamentalmente a los efectos de establecer diferentes factores, entre

ellos la herencia, influye en la manifestación de determinados disgnacias. Cuando se altera la duración normal del embarazo, ya sea en más (por maduro) o en menos (premature), pueden producirse alteraciones de crecimiento y desarrollo así, el nacimiento de un niño prematuro, puede implicarle un estado de salud más débil que el de un chico normal. Si por el contrario, se retarda el nacimiento, pueden producirse estados de anoxia importantes con las consecuentes alteraciones, o grados de intoxicación, que alteran ese organismo, de acuerdo a la entidad de las citadas alteraciones.

En cambio, cuando el nacimiento transcurre en condiciones normales, no es más que otra etapa de la vida del individuo.

En lo referente a la alimentación, interesa la forma como se ejerce esa alimentación y su duración en su calidad y mecánica.

Con sonda se va alimentar a aquellos chicos que tengan problemas graves, de los que obviamente interesa conocer naturaleza y duración. La alimentación a pecho, es la natural y correcta no solo por las cualidades del alimento sino además por la forma en que es suministrado (obliga a ejercer función de ordeño, tan importante para el normal desarrollo del sistema estomatognático); cumple además un rol psicológico, el ser humano necesita la protección materna, el calor de la madre, la intimidad física de la madre.

El biberón que cumple con los requisitos necesarios, consistencia, forma, tamaño de la tetina, orificios escasos y pequeños, posición de alimentación y duración semejante a la de amamantamiento) es casi tan eficaz como la alimentación natural.

El peligro radica en que muchas veces, por comodidad, el chico es alimentado con mamadera por comodidad de la madre, durante 3, 4, 5, y 6 años más aparejándose trastornos estructurales del sistema estomatognático (mordida abierta) prognatismo maxilar y traumas psicológicos (niños tímidos que sienten la falta de dedicación de sus padres).

Es igualmente importante el tiempo (meses del comienzo de la alimentación mixta, ya que ello implica un avance en la maduración del sistema estomatognático y del aparato digestivo en general así como de todo el organismo es decir del individuo).

Tenemos ya idea del desarrollo neuro-sico-motriz por datos recogidos anteriormente en lo que se refería a la escuela, año que curso. Cuando interrogamos a que edad pronunció las primeras palabras, nos referimos a aquellas dices conscientemente, o sea cuando reflejan una realidad ya que anteriormente emitía sonidos que son debidos simplemente a la expulsión de aire que pasa por las válvulas esqueléticas.

El primer hecho a que nos referimos, acontece aproximadamente a los 12, 14 18 meses.

Las demás funciones comprendidas en el desarrollo neuro-sicomotriz son:

- a) locomoción--10 a 12 meses
- b) sosten de la cabeza--3 meses
- c) se sienta--6 meses
- d) contro de esfínteres--30 meses (nos referimos al control completo, diurno y nocturno. Se considera psicológicamente inconveniente la imposición de dicha función, previa a la fecha mencionada.

Estas fechas, consideradas dentro de cierto margen, revelan un desarrollo normal.

La vida de relación del niño influye en la formación de su carácter. El niño que crece en contacto con otros de su edad logra un desarrollo más adecuado frente a otros que lo hacen entre mayores. Con estos últimos pueden darse dos casos: a) el niño se sienta sobreprotegido b) por el contrario se sienta abandonado.

Erupción dentaria. Tiene períodos normales tanto para la dentición caduca como para la permanente. Hay alteraciones de la cavidad oral que son previas a la dentición, por ejemplo mordida cubierta, que se manifiesta en la posición de los rebordes alveolares edentados (deck-biss o rebordes en tapa de caja.

También esta alteración puede ser causada por trastornos en la secuencia eruptiva de la dentición, tanto caduca como permanente, como sucede en aquellos casos en que erupcionan primero las piezas anteriores superiores, en lugar de hacerlo las inferiores.

Existen enfermedades infantiles que influyen claramente en el organismo del individuo, dejando secuelas que perduran: problemas en las vías respiratorias altas que favorecen malposiciones maxilares y/o mandibulares, falta de crecimiento (endog-nasia) por no existir un funcionamiento correcto de las estructuras adyacentes; problemas intestinales que pueden derivarse en dificultades de asimilación y por lo tanto en carencias que entorpecen la evolución del ser. Otras enfermedades están aún en una etapa de investigación, a fin de dilucidar si en realidad juegan o no algún papel.

El hecho de que el paciente reciba frecuentemente antibióticos, da la pauta no sólo de la etiología de las alteraciones en las estructuras duras de la cavidad oral, sino también de la mayor o menor frecuencia con que este organismo se ve sometido a procesos de tipo infeccioso.

Con respecto al suministro de comitoína, tenemos consideraciones importantes que hacer: por un lado nos indica la presencia de trastornos síquicos que condicionan la conducta del paciente y por lo tanto la nuestra respecto a él, por otro lado puede ser la explicación de un estado inflamatorio gingival (gingivitis medicamentosa) que en muchos casos, debido a su grado, entorpece nuestra labor.

Habitos deformantes. Consideramos habitos deformantes aquellos que prolongan más allá de los 24 meses y que a su vez revisiten una intensidad marcada. Vale decir que un niño al que se le administra biberón, chupete o succión, el dedo hasta esa edad, puede no presentar deformaciones en su boca, pero cuando esto ocurre, muchas veces se remiten espontáneamente con el cese del hábito. Cuanto más se prolongue la duración del hábito, más difícil será su eliminación, así como la corrección de la anomalía provocada.

EXAMENES

Los clasificamos en dos grandes grupos: 1) clínicos y 2) paraclínicos.

Los clínicos se realizan en 4 etapas: a) examen general, b) craneo-facial (regional), c) bucal, d) funcional.

Paraclínicos A) examen de modelos, B) radiográfico.

Examen general Es muy importante la primera impresión que recibimos del paciente.

Su actitud al entrar a la clínica puede revelar una conducta decidida que puede ser debida a una experiencia odontológica previa positiva, o por el contrario una actitud reticente, resultado: de encontrarse frente a una situación desconocida, o de una experiencia previa negativa.

Intimamente ligada a la conducta del paciente, observamos la del acompañante, con lo cual podemos formarnos una idea del material humano con que trabajaremos.

Hacemos ahora la exploración física.

Para poder constatar si el peso y la talla son correctas, nos guiamos por tablas preestablecidas.

La actitud postural, relacionada a la estructura arquitectónica de la columna vertebral, condiciona la posición de la mandíbula. Su desarmonía nos alerta sobre la existencia de enfermedades esqueléticas. El perímetro torácico, medido en inspiración y espiración da idea del desarrollo de la caja torácica y por ende de la capacidad pulmonar.

Generalmente la forma del craneo se corresponde con la de la cara. Aquellos cráneos dolicocefalos, frecuentemente corresponden a una forma facial leptoprosopa, así como el braquicefalo, corresponde al euriprosopo y el mesocéfalo al mesoprosopo.

Tanto la forma del craneo, como la de la cara y el tipo de cara, condicionan forma y relaciones de las estructuras orales.

De ahí la necesidad de tenerlas en cuenta en su conjunto.

Al examinar el aspecto facial de frente y de perfil, podemos hacer ciertas conclusiones acerca de que puede ocurrir dentro de la cavidad oral. Por ejemplo si hay laterodesviaciones, puede haber mordida cruzada, la que a su vez puede ser causa de la primera. En otras oportunidades, pueden ser causa de la láterodesviación, alteraciones en el cuerpo de la rama horizontal del maxilar inferior, otros problemas en la A.T.M., contactos prematuros, etc.

La diferencia en más o menos en las dimensiones del piso inferior, respecto del superior, pueden hacernos pensar en una mordida abierta o cubierta respectivamente. (supragnasia o infragnasia).

En el examen facial del perfil, vamos a tratar de visualizar la posición mandibular, respecto al maxilar superior y en consecuencia respecto al cráneo. Normalmente se produce escalón labial, donde el labio inferior se encuentra 2mm. por detrás del superior, ello corresponde a una relación -- maxilo-mandibular normal.

Pero ese escalón puede ser más acentuado o producirse en sentido contrario (labio inferior por delante del superior).

En estos dos últimos casos debemos pensar en una disto o mesio posición mandibular respectivamente.

La relación labio-dental puede indicar anomalía o ser causa; por ejemplo aquellos chicos que presentan el labio superior corto, que en general es atónico, no cumple función de contención ni modelación de la zona antero-superior del maxilar, favoreciendo así la protrusión de dicha zona. Algo similar ocurre con el labio inferior.

Cuando se encuentra replegado, puede significar una protrusión de la zona antero-superior o una mordida abierta o a mesio posición mandibular.

El perfil se diagnostica mediante el estudio de fotografías tomadas en condiciones particulares que nos aseguran la posición correcta de la cabeza. Sobre la foto se traza el llamado "campo del perfil" que está limitado: por delante, por -

una vertical que baja desde la glabella; por arriba, por el plano de Frankfort y por detrás, por una vertical que baja desde el punto infraorbitario.

Cuando el perfil coincide con el medio campo, hablamos de un perfil recto, pero puede estar adelantado (cuando se coloca por delante del medio del campo o atrasado - (cuando lo hace por detrás). También puede ser convexo (perfil de pajarito) o cóncavo (caso de prognatismo mandibular).

Establecemos también la forma de la frente y dimensiones de la nariz. Así definimos si el perfil es normal, armonioso, o qué modificaciones requiere.

Un frecuente hábito deformante lo constituye el apoyo del puño sobre la estructura facial, el cual puede condicionar laterales desviaciones o falta de crecimiento de la zona considerada.

Examen bucal En la boca vamos a estudiar todas y cada una de las estructuras que la componen. El tamaño de la lengua, no lo determinan patrones, sino que nosotros seremos los que la establezcamos si esa estructura está acorde o no con el resto de la cavidad oral. Es una apreciación subjetiva que se nos facilite con la experiencia.

La lengua, al no ser adecuada, puede ser causa de anomalías. Debemos tener en cuenta que en determinadas enfermedades generales (mongolismo, cretinismo) una característica importante, es la macroglosia.

Igualmente la coloración de la encía tiene un gran valor. Hay períodos en que es normal; que la encía se presente inflamada como en las etapas de recambio, erupción dentaria y pubertad. Pero esa inflamación gingival puede estar también indicando la administración de medicamentos, (dilantina) con las consideraciones del caso,

La inserción ósea del frenillo labial, cuando es baja determina una diastema interincisivo que implica no solo tratamiento ortopédico sino además quirúrgico.

El examen clínico, aporta datos al diagnóstico, que se completan con los datos radiográficos. Es en este momento en el cual podemos emitir el diagnóstico definitivo.

El frenillo lingual, al ser corto, determina la llamada "lengua atada" pudiendo ser causa de lengua bífida. La lengua en estas condiciones no trabaja normalmente generando poco estímulo o ninguno a nivel del maxilar superior (endognasia).

Así como también puede dificultar la fonación y estimular el crecimiento mandibular en cierta forma (depende del tama-

ño. Cuando el recambio dentario se distorsiona, puede traer aparejada la alteración de otras estructuras.

En aquellos casos en que se altera la secuencia (erupción de piezas anterosuperiores antes que de las inferiores) puede generar mordida cubierta.

En otras oportunidades, el retardo del recambio, se corresponde con un retardo de la erupción de la dentadura caduca y todo el conjunto se debe a trastornos de orden general (deficiencias nutricionales, alteraciones glandulares, mongolismo) o también hereditarias.

Pasamos a establecer las relaciones de los maxilares en los tres planos del espacio.

Estos datos se complementarán luego, con el estudio de modelos y si es necesario con estudios radiográficos ya que no podemos confiar en una sola vía de información, máxime si tenemos en cuenta que trabajamos con niños, de los que muchas veces es difícil obtener información certera.

El efecto del avance mandibular va a estar guiado por el estudio del perfil hecho previamente y por el estudio de la oclusión. No siempre que esté alterada la oclusión es necesaria la modificación de la relación maxilo-mandibular, porque la oclusión puede estar modificada: por falta de piezas, por la persistencia de caducos, por la presencia de supernumerarios, por alteraciones de forma o tamaño de dichas piezas, por extracciones prematuras, etc.

Examen funcional Teniendo en cuenta que "la función hace al órgano" apreciamos la importancia que tiene el conocer si el organismo que tenemos entre manos funciona adecuadamente o si hay alteraciones.

La relación de la respiración con las estructuras orales es sumamente importante.

Cuando las vías aéreas están libres y la respiración es correcta, el individuo presenta un aspecto y estado general diferente a cuando hay alteraciones. El chico que se oxigena en forma inadecuada, frecuentemente descansa mal, por lo que siempre se muestra fatigado, apático, presenta un aspecto físico pobre y el desarrollo de la caja torácica es menor que lo normal. Es un niño que está con la boca permanentemente entreabierta y ello produce cierto grado de colapso muscular que dificulta el crecimiento transversal de los maxilares. En esos niños, se puede producir la desviación del tabique nasal: puede aparecer una narina más grande que otra.

Mediante la exploración de la masticación vamos a detectar la existencia o no de trabas dentarias. Cuando es-

tas trabas se presentan, frecuentemente originan mordida cruzadas unilaterales, y/o bilaterales, endognasia y aún prognatismo mandibular.

Si por ejemplo observamos alteración del movimiento de cierre y no del de apertura, diagnosticaremos alteraciones a nivel de A.T.M. y no dentario.

La deglución sufre un proceso de maduración por lo que no se manifiesta de la misma manera en un niño recién nacido que en uno de 3 o 4 años. En el niño que aun no ha completado la dentición caduca, la deglución tiene como característica fundamental el que el cierre oral se produzca haciendo que la lengua se interponga entre los rebordes alveolares, acompañándose de un movimiento de comprensión de los orbiculares.

Esto sucede hasta que se completa la dentición caduca.

Con la erupción de las piezas temporarias, la lengua pasa a ubicarse contra la cara palatina de los incisivos superiores, desapareciendo concomitantemente, el movimiento periorbicular. En este momento estamos en presencia de la deglución adulta. Si la maduración de la función no se produce, se generan trastornos en las estructuras orales, del tipo de mordidas abiertas (anterior, lateral o completa).

Relacionado con la fonación, recabamos datos con fines de investigación, dado que aún no se sabe si en realidad existe o no interdependencia entre dislalias y disgnatias o viceversa. Según investigaciones realizadas en el Hospital de Clínicas las causas primeras de las dislalias no son las disgnatias.

Exámenes paraclínicos En primer término tenemos el examen radiográfico. Es definitorio en muchos aspectos. Por ejemplo podemos realizar diferentes tipos de radiografías; entre ellas tenemos dos grandes grupos: A) intraorales (apical, oclusal) y B) extraorales (craneales: telerradiografía, ortopantomografía; extracraneales: carpal).

Entre las radiografías extracraneales, debemos destacar la telerradiografía. Ella constituye una toma del perfil craneano donde podemos apreciar la posición de la mandíbula y maxilar respecto al craneo, hecho que nos posibilita un diagnóstico casi definitivo respecto a este punto. Algunos investigadores no están de acuerdo.

La radiografía carpal es la que tomamos en aquellos casos en que se presentan dudas o hay problemas de crecimiento y desarrollo óseo. Mediante la radiografía carpal, obtenemos la imagen de los huesos del carpo y por lo tanto de sus puntos de osificación. Con la ayuda de tablas especiales, se sabe cuales y cuantos puntos deben de estar calcificados, de acuerdo a la "edad civil" del paciente. El grado de osifica--

ción de estos huesos del carpo, nos informan la "edad ósea".

Relacionando estas dos edades, podemos además saber si se corresponden con la "edad dentaria".

Entre las radiografías intraorales, debemos tomar indefectiblemente siempre la apical, donde observamos: inserción ósea del frenillo labial, presencia o ausencia de gérmenes de piezas permanentes, presencia de supernumerarios, agenesias, etc.

La radiografía oclusal es sumamente útil cuando hay que determinar la posición de piezas retenidas, caso frecuente de los $\frac{3}{3}$ | $\frac{3}{3}$, u otras anomalías que sospechemos que existan. De acuerdo a la información proporcionada por esta placa, se determina la posibilidad de posicionar correctamente la pieza retenida con métodos exclusivamente ortopédicos u ortodóncicos, o la necesidad de recurrir a la cirugía.

En el estudio de los modelos, corroboramos datos recogidos en el examen bucal. Además los modelos constituyen un documento - muy valioso que permite apreciar, en cualquier oportunidad, el estado inicial de la boca y su evolución posterior.

Estos modelos se posicionan, uno respecto a otro, por observación directa de la relación dentaria en boca o por la toma de una mordida en cera. Dicha relación, se obtiene tomando como referencia: 1) la llave de molares o de Angle, la llave de caninos y el plano postlacteal.

La llave de Angle es la formada por la relación de la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior, con el surco mesio-vestibular del primer molar inferior; la llave de caninos, que se forma por la relación de la cúspide del canino superior y el espacio interdentario entre canino y primer premolar inferior; el plano post-lacteal está el formado por las caras distales de los segundos molares caducos.

En el plano transversal, podemos ver alteraciones a simple vista luego de tener cierta experiencia, pero hay datos específicos que indican la existencia o no de esas alteraciones. Entre ellos, la mordida cruzada, fácilmente apreciada.

Cuando se produce endognasia, significa que el crecimiento, en sentido transversal, de los maxilares es menor que lo normal. Cuando ese déficit de crecimiento, se produce en ambos maxilares, la mordida puede ser normal, pero puede suceder que se localice únicamente en el maxilar superior, en cuyo caso se produce mordida cruzada, o bilateral. Tenemos métodos para cuantificar la magnitud, la endognasia, para el cual nos valemos de los índices: de Pont, de Korkhaus o el de Tonn, Chateau, etc.

El primero es similar al segundo. Procederemos de la siguiente forma: ubicamos en la tabla la "suma incisiva" (S.I.) que

es el dato que se toma como referencia; el ancho anterior que es la distancia existente entre los primeros premolares superiores; el ancho posterior, que está situado entre los primeros molares superiores y la flecha (Korkhaus) que es una dimensión tomada en sentido anteroposterior, sobre el rafe medio de la bóveda palatina. Esta parte de la línea trazada a nivel del ancho anterior, --teniendo como límite anterior la cara V del incisivo central más vestibularizado, en su parte más vestibular. Tomamos entonces con un compás de dos puntas y sucesivamente, el ancho M-D de cada uno de los cuatro incisivos superiores, colocando las puntas del compás desde V, en la zona más ancha de la pieza. Sumamos esas cantidades y obtenemos la S.I. Localizamos en la tabla el N° correspondiente a la S.I. Luego medimos el ancho anterior apoyando el compás en las fositas M de la cara O de los primeros premolares superiores. Anotamos esa distancia donde dice "haber" frente a donde indica "distancia 4 | 4".

Remitiéndonos a la S.I. en la tabla, buscamos qué dimensión indica para ese ancho anterior y lo anotamos donde dice "debe ser". De la misma forma procedemos para conocer el ancho posterior, tomándolo sobre las fositas M de la cara O de los 6 | 6.

Observamos la diferencia entre las dimensiones en "haber" y las que "deben ser".

Cuando esa diferencia es negativa, significa falta de crecimiento en sentido transversal y por lo tanto endognasia. Si en contraposición, la diferencia es positiva, hay exognasia. En relación a la flecha (Lo) la diferencia positiva, indica protrusión y la diferencia negativa, retrusión del sector anterior. Tanto el índice de Pont, como el de Korkhaus, son válidos sólo para la dentadura permanente. Igualmente lo es el de Tonn para este tiene la particularidad de que se emplea cuando no hay incisivos superiores, erupcionados tomándose la S.I. en los inferiores. El ancho anterior se mide en el espacio interdentario entre 4 | 5 y el ancho posterior, a nivel del surco M-V del 6. Con respecto a la tabla, procedemos en la misma forma que para los índices citados anteriormente. En sentido vertical, al observar el entrecruzamiento de la mordida, vamos a complementar datos obtenidos anteriormente como fueron la relación entre la altura del piso superior y del piso inferior y las apreciaciones realizadas en el examen bucal, - en este mismo plano. Debemos saber que en la relación vertical, los incisivos superiores, normalmente cubren el tercio inicial de los inferiores, por su cara vestibular; en los casos de mordida cubierta, se sobrepasa ese entrecruzamiento, pudiendo llegar a cubrirse totalmente la cara V de los incisivos inferiores, por parte de los superiores; cuando por el contrario la mordida es abierta, el entrecruzamiento de dichas piezas es inferior a un tercio.

Investigamos por último las anomalías dentarias, reuniendo todos los elementos anteriormente enumerados y estudiados, procedemos a elaborar la síntesis diagnóstica.

SINTESIS DIAGNOSTICA Y SEMIOLOGICA

Diagnóstico

Definición; Diagnosticar es decir qué enfermedad tiene el paciente.

El diagnóstico clínico tiene dos fases diferentes, claramente delimitadas:

La primera de análisis de las anomalías que presenta el paciente, de sus causas y modo de actuar y de las condiciones individuales del paciente.

La segunda de síntesis de los datos recogidos en la primera fase, que caracteriza el caso clínico, el verdadero diagnóstico. Tanto para una como para otra hay que seguir un ordenamiento, una clasificación de las anomalías, de sus causas y modo de actuar. Esta primera fase en nuestra historia clínica incluye toda la recopilación de datos que ya vimos en el interrogatorio y en los distintos exámenes clínicos y paraclínicos. En esta etapa determinamos en qué lugar asienta la anomalía; si asienta en tejidos blandos, en los maxilares, en los dientes, en las A.T.M. o en la oclusión (secundaria o consecutiva a las anteriores). En la segunda etapa de síntesis vamos a realizar el diagnóstico diferencial que consiste en llamar por su nombre a la disgnacia, en clasificarla.

Según en qué plano del espacio se presenta, si está en el plano sagital tenemos que determinar si es normo, mesio o distocclusión. Si está en el plano vertical tenemos que determinar si es supragracia o infragracia, si está en el plano horizontal tenemos que determinar si es endognasia, exognasia o mordida cruzada unilateral o bilateral. Pero como dice Izard: "La maloclusión no es más que un signo y su diagnóstico a pesar de su importancia -- no constituye mas que una parte del diagnóstico general."

Las anomalías de oclusión son secundarias a las anomalías de los tejidos blandos, a las de los maxilares, a las de los dientes y a las de la articulación temporo mandibular. Las anomalías de la oclusión no son un entidad, porque lo que observamos son -- irregularidades en todos esos lugares que necesariamente alteran la posición recíproca normal de los dientes superiores e inferiores cuando se colocan en la posición de máximo contacto.

Por lo tanto no es suficiente la clasificación, debemos complementarla con el diagnóstico etiológico que consiste en decir -- cuál es la causa que provocó esa disgnacia.

SI FUE GENERAL..... hereditaria (cualquier anomalía)
adquirida (raquitismo)
genética (mongolismo)
crecimiento (problemas endócrinos)

Hereditaria.... dientes grandes, maxilares chicos, forma volumen y disposición de dientes y de huesos, prognatismo, distoclusión, etc.

Adquirida..... raquitismo, trastornos intestinales que impiden la absorción del calcio, etc.

Genética..... mongolismo, fisuras labio y/o palatinas, etc.

Crecimiento.... problemas endócrinos por ej. hipófisis en (+), gigantismo: hipófisis en (-); enanismo. Tiroides en (+), tiroides en (-) cretinismo. P.T.H. en (+) o (-) hipocalcemia o hipercalcemia.
Medio ambiente.

SI FUE FUNCIONAL.....

Insuficiencia respiratoria..... paladar, ojival, distoclusión,-- falta de desarrollo .

Masticación..... temporal condiciona falta de abrasión dentaria trabas.

Trastornos de la A.T.M. puede provocar látero desviaciones (analizar trayectorias de abre y cierre)

Trastornos neuromusculares..... tonicidad aumentada o disminuída, falta de sincronización de los grupos musculares pueden provocar latero desviaciones y falta de estímulos.

Deglución atípica..... mordida, abierta, prognatismo mandibular.

Fonación.....

O si la causa radica en trastornos de la dentición que puede ser; precoz, retardada, incompleta. Cuando no hay orden en la secuencia eruptiva se puede instalar una disgnacia. Por ejemplo, si erupcionan los incisivos superiores primero que los incisivos inferiores, aquéllos no encuentran el tope que le ofrecen los incisivos inferiores y erupcionan más allá del plano oclusal quedando así instalada una supragracia cuando se completa la erupción del sector anterior.

Si por el contrario erupcionan los incisivos inferiores,-- primero y mucho después los incisivos superiores, la mandíbula -- puede sufrir un avance exagerado al no tener el tope de los superiores y ubicarse en mesioposición cuando erupcionan estos últimos queda trabada en esa posición.

SI FUE LOCAL.....

Malos hábitos.... succión prolongada de dedo o chupete, lápiz, la bios, uñas, biberón.

Infección..... osteítis en zona de crecimiento activo, hapatitis.

- Extracción prematura..... pérdida de dimensión vertical, cierre de espacio
- Ectopías.....
- Agnesia..... diastema
- Frenillo..... diastema, displalias
- Caries..... pérdida de dimensión vertical, cierre del diámetro M.D.
- Reabsorción radicular anormal..... Restos radiculares. Persistencia de caducos. Supernumerarios.

Pronóstico

Significa etimológicamente pre no ci ón y es muy importante para el estudio y el conocimiento del caso por el profesional, -- como también para poder asesorar al paciente y a sus familiares -- que naturalmente nos interrogan sobre las posibilidades de corrección de las anomalías; el pronóstico puede ser favorable, reservado o desfavorable.

FACTORES QUE HAY QUE TENER EN CUENTA EN EL PRONOSTICO

a) ALTERACIONES ORGANICAS. Si son estas pequeñas medianas o graves. La experiencia certera sobre este punto nos la da la experiencia, ya que alguna lesión puede parecer insignificante como -- por ejemplo el caso en que los 2 | 2 se encuentran en palato posición y todos los demás en correcta oclusión y sin embargo tener una difícil solución ya que hay que modificar la posición de los otros grupos (casi todos) para ubicar a éstos. Si la alteración orgánica es mediana, o grave incide en forma negativa sobre el -- pronóstico.

b) ALTERACIONES FUNCIONALES. La presencia de alguna alteración -- funcional incide en forma negativa sobre el pronóstico, ya que -- mientras no se corrija ésta, el tratamiento de la disgnacia puede progresar favorablemente. Por ejemplo, de nada serviría en un caso de mordida abierta por deglución atípica, hacer el tratamiento para cerrar la mordida mientras persista el mal funcionamiento del esfínter oral anterior y función lingual.

c) ETIOLOGÍA PRIMARIA. Etiología primaria se considera a la prime ra causa que provocó la disgnacia.

ACTUAL. Etiología actual es la causa que en el momento está agravando o manteniendo la afección. Tomemos por ej. el caso anteriormente citado de un paciente con mordida abierta. La causa primaria fue la succión del dedo, pero en la actualidad el niño ya es mayor y no se succiona más el dedo, sino que presenta ahora de--- glución atípica, que es la causa actual que mantiene la disgnacia. Si la causa primaria todavía persiste, o si hay una causa se cundaria actuando influye la etiología de manera negativa sobre -- el pronóstico.

d) EDAD. Si coincide o no con los períodos de crecimiento. Hemos visto al estudiar el crecimiento general que hay edades en que el crecimiento es muy rápido, el tratamiento ejercido en dichos períodos puede beneficiarse de esos empujes y por lo tanto obtener resultados mucho más satisfactorios que cuando ese tratamiento se realiza en los períodos de crecimiento lento.

e) LOCALIZACION, RELACION DE MAXILARES. Al analizar estos puntos estamos de acuerdo con Mayoral que distingue a las anomalías dentofaciales en eugénicas y disgnáticas. Eugénicas, con maxilares normales, son las que tienen pronósticos favorables. Es cuando no existen anomalías de forma y volumen de los maxilares o alteraciones de la A.T.M.

Entre las anomalías eugénicas tenemos algunas que pueden llegar a producir grandes deformaciones faciales pero se circunscriben únicamente al proceso alveolar y los dientes. Son anomalías de posición, número, volumen y forma de los dientes. El pronóstico es favorable porque siempre pueden corregirse con éxito. Las anomalías disgnáticas fundamentalmente las de volumen de los maxilares, tienen pronóstico desfavorable ya que su solución cae fuera del campo del ortodoncista (depende de la edad), no son cambios que se puedan lograr usando aparatología sino que muchas veces hay que recurrir a la cirugía y/u operatoria. Por lo tanto para el pronóstico debemos enfocar en primer lugar, si las anomalías corresponden solamente a los grupos de tejidos blandos, dientes y oclusión en cuyo caso el pronóstico es desfavorable.

FORMULA DENTARIA. Cuando está alterada influye negativamente sobre el pronóstico ya sea en más porque provocará apiñamientos, como en menos porque produce estímulo y la posibilidad de migraciones de los vecinos de la brecha.

f) COLABORACION DEL NIÑO Y ASPECTO SICOLOGICO. La falta de cooperación del paciente es muy importante para la buena conducción del tratamiento y su regularidad. En niños que interrumpen su tratamiento frecuentemente y pasan meses enteros sin vigilancia o rompen y pierden los aparatos, frecuentemente el pronóstico es mucho más desfavorable porque durante ese tiempo los aparatos pueden producir desviaciones de las posiciones de los dientes contrarias a lo que se desea con el tratamiento o dar lugar a mesogrecciones de los dientes posteriores.

g) COLABORACION DEL ACOMPAÑANTE. Intimamente ligado al punto anterior ya que si el niño no es muy colaborador se puede compensar la situación con padres vigilantes y firmes que lo controlarán y estimularán para que el niño cumpla.

PLAN DE TRATAMIENTO

En esta etapa especificamos a qué tratamientos debe ser sometido nuestro paciente. Si tiene alguna enfermedad general que

debemos tratarla antes de iniciar el tratamiento ortopédico o simultáneamente, marcamos el cuadrado N°6. Si tiene enfermedades-- especiales se marca donde corresponda.

Abril/1977

Impreso en la División
Publicaciones y Ediciones
Universidad de la República
Depósito Legal 116-161