



CASO CLINICO

Recibido : Setiembre 2023

Aceptado: Noviembre 2023

Evolución del tratamiento temprano de una disgnacia severa iniciado en un paciente de 3 años de edad.

*Evolution of early treatment of severe dysgnasia initiated in a 3-
year-old patient.*

Betiana García

Dra. En Odontología -UDELAR

Egresada de la carrera en Especialista en Ortopedia y Ortodoncia MF- IUCEDDU.

Email:

DOI 10.52887/RUOO/v6n2.9

DOI 10.52887/RUOO/v6n2.9 RUOO 2023 Vol 6 No2 jul-dic2023

Resumen:

Reporte de un caso clínico de un tratamiento temprano de una anomalía estructural de etiología congénita realizado en la clínica de Prevención y Ortopedia de I.U.C.E.D.D.U. El paciente de sexo masculino de 3 años y 2 meses de edad presentaba un diagnóstico en dentición temporaria, de disto oclusión y asimetría de base craneal, con mordida profunda anterior y resalte aumentado anterior y posterior, plano post lácteo a escalón mesial en ambos lados, oclusión posterior cúspide- cúspide, falta de espacios simiescos en el maxilar inferior, apiñamiento antero inferior.

Presentaba alteración postural, cifótica y escoliótica. Alteración de la respiración, hipertrofia de cornetes. Deglución alterada, con contracción exagerada de musculatura peri oral. Masticación alterada, plano oclusal disfuncional, con limitación en movimientos latero propulsivos, y alteración en la articulación de la palabra, con un pronóstico favorable por su edad y reservado por la gravedad de la disgnacia.

Se resuelve comenzar el tratamiento con una placa masticante con tornillo medio para contraer, así contener el crecimiento del maxilar superior, y por medio de la superficie oclusal de la placa, siguiendo las leyes de P. Planas, permitir los movimientos de lateralidad y propulsion del maxilar inferior para que pueda desarrollarse adecuadamente.

Se continúa el tratamiento con pistas directas de P. Planas y un activador esqueletizado IUCEDDU.

Los resultados luego de tres años de tratamiento son realmente satisfactorios y demuestran la importancia de un tratamiento lo más temprano posible. Claro que el mismo depende de la colaboración y compromiso del niño y su familia.

Palabras Clave: Disto relación, clase II, diastolia, primera dentición, tratamiento temprano, plano oclusal funcional , masticación fisiologica.

Summary:

Report of a clinical case carried out at the Prevention and Orthopedics Clinic of I.U.C.E.D.D.U., an early treatment of a structural anomaly and congenital etiology.

The male patient aged 3 years and 2 months presented a diagnosis of temporary dentition, with disocclusion and asymmetry of the cranial base, with an anterior deep bite and anterior and posterior augmented protrusion, post-milicic plane to mesial step on both sides, posterior occlusion cusp-cusp, lack of ape-like spaces in the lower jaw, anteroinferior crowding. He had postural, kyphotic and scoliotic alterations. Impaired breathing, turbinate hypertrophy. Impaired swallowing, with exaggerated contraction of perioral muscles. Altered chewing, dysfunctional occlusal plane, with limitation in latero-propulsive movements, and alteration in the articulation of speech, with a favorable prognosis due to his age and reserved due to the severity of dysgnia.

It was decided to start the treatment with a chewing plate with a middle screw to contract, thus containing the growth of the upper jaw, and by means of the occlusal surface of the plate, following the laws of P. Planas, to allow the release of the lower jaw so that it can develop properly.

Treatment is continued with direct P. Planas tracks and an IUCEDDU skeletonized activator.

The results after three years of treatment are really satisfactory and demonstrate the importance of treatment as early as possible. Of course, it depends on the collaboration and commitment of the child and his or her family.

Keywords: Disto relation, class II, diastolia, first dentition, early treatment, occlusal plane.

Historia Clínica:

Datos Patronímicos:

Nombre: Máximo
Edad: 3 años y 2 meses.

Motivo de Consulta:

Derivado por odontólogo tratante.



Antecedentes Familiares:

Madre y padre ambos presentan un biotipo Dólico facial, con perfil convexo y tuvieron tratamiento de ortodoncia.

Antecedentes personales:

Nació a las 38 semanas de gestación, su madre no tuvo complicaciones durante el embarazo. Parto natural sin complicaciones, peso al nacer: 4.200kg, amamantó hasta los 16 meses e incorporó la dieta semi - sólida a los 6 meses. Presentó broncoespasmos a repetición durante los primeros años de vida.

Antecedentes Sico Neuro Motriz:

Sin particularidades; realizó el sostén cefálico a los 3 meses, se sentó: a los 5 meses, gateó a los 9 meses, caminó a los 16 meses. El control de esfínteres fue alrededor de los 3 años, y sus primeras palabras a los 9 meses.

Examen Clínico General:

Actitud postural alterada; cabeza en ante pulsión, hombro derecho más bajo, vientre prominente, rodillas en hiper extensión, rota el pie derecho hacia la línea media.

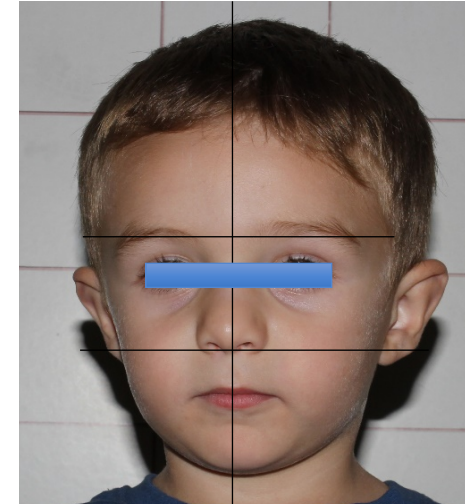


Examen Facial:

Apreciación del Biotipo: Cráneo: Dólico Céfaló.
Cara: Dólico Facial.

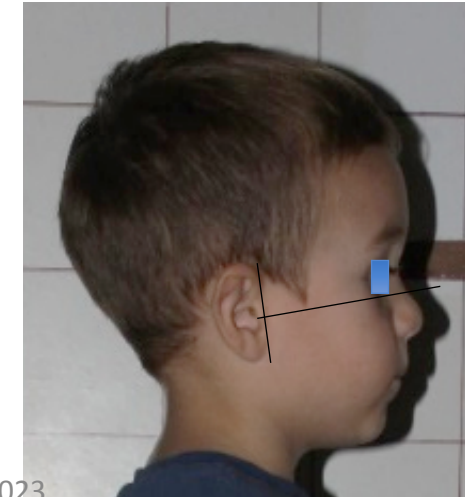
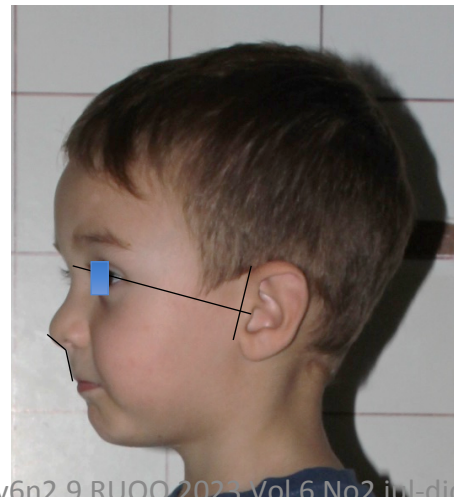
Análisis en el plano Frontal:

- Tercios faciales: proporcionales.
- Desarrollo de hemi cara: izquierdo más desarrollado, oreja más adelantada de ese lado.
- Surcos: - Mentoniano: marcado.
- Naso geniano: poco marcado.
- Narinas: colapsadas.
- Labios: en contacto.
- Asimetrías: oreja derecha más baja, línea bi pupilar caída a la derecha. (Podríamos presumir torsión de base de cráneo).



Examen de Perfil:

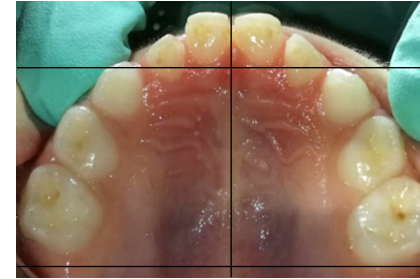
- Perfil convexo.
- Cierre labial forzado.
- Ángulo naso labial abierto.
- Mentón retraído.
- Cinética de los huesos temporales asimétrica.



Examen Bucal:

Dentición temporaria.
Paradencio sano.

- **Maxilar Superior:**
Arcada triangular.
Presencia de diastemas y espacios simiescos.
Más ancho y adelantado hemi maxilar derecho (cuadrante 1 mesializado).
- **Maxilar inferior:**
Arcada semi circular.
Ausencia de espacios simiescos y apiñamiento anterior.



Oclusal Dental:

- **Plano sagital:**

Plano Post-Lácteo: a escalón mesial.
Disto oclusión canina de ambos lados.
Resalte: 4mm



- **Plano vertical:** Rebase: 4mm
- Líneas medias dentaria superior coincide con línea media facial.
- **Plano transversal:** coincidencia de líneas medias dentarias entre sí.
Resalte aumentado a nivel anterior y posterior.



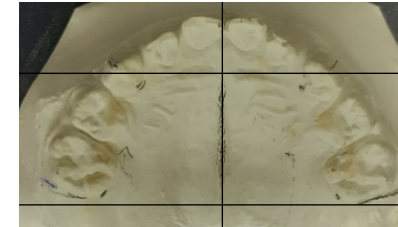
Examen Funcional:

- Reflejo narinario de Gudín: positivo.
- Espejo de Glatzek: empaña superior y campos simétricos.
- Articulación de la palabra alterada. (Fonema r)
- Función Mandibular:
 - posición de reposo: líneas medias dentarias centradas.
 - ELIO: levemente aumentado del lado derecho.
 - Trayectoria de reposo a PMI: desliza hacia adelante. Indica que la disto posición es más grave.
 - función Oclusal: presenta limitaciones en lateralidades y protrusión.
 - oclusión compatible con 3 años, no.
- Plano oclusal paralelo a Camper no, abierto adelante, de clase II.
- AFMP: menor del lado derecho.
- Masticación: disfuncional, predominan movimientos de abre y cierre.
- Deglución: con contracción de musculatura peri oral.

Exámenes Paraclínicos: Estudio de Modelos:

- Modelos Aislados:

Maxilar Superior: Forma triangular. Braquignacia.
Bóveda palatina plana(para Deshayes esto es propio de las braquignacias).
Presencia de espacios simiescos y diastemas.
LMO coincidente con LMD.
Cuadrante 1 mesializado levemente, 1mm.
Hemi maxilar derecho más desarrollado (1mm).



Maxilar Inferior: Forma de la arcada semi circular.
Ausencia de espacios simiescos.
LMO coincidente con LMD.
No presenta diastemas.
Apiñamiento anterior inferior.

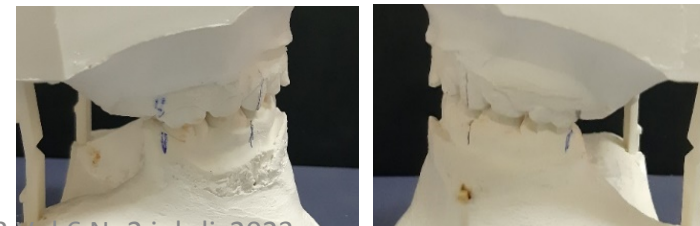


- Modelos relacionados:

-Plano Sagital: plano post lácteo a escalón mesial.
oclusión canina: ambas en clase II
resalte: aumentado en sector anterior y posterior.

-Plano Transversal: coincidencia de líneas medias dentarias, y óseas.

-Plano Vertical: rebase: sobre mordida. 4mm

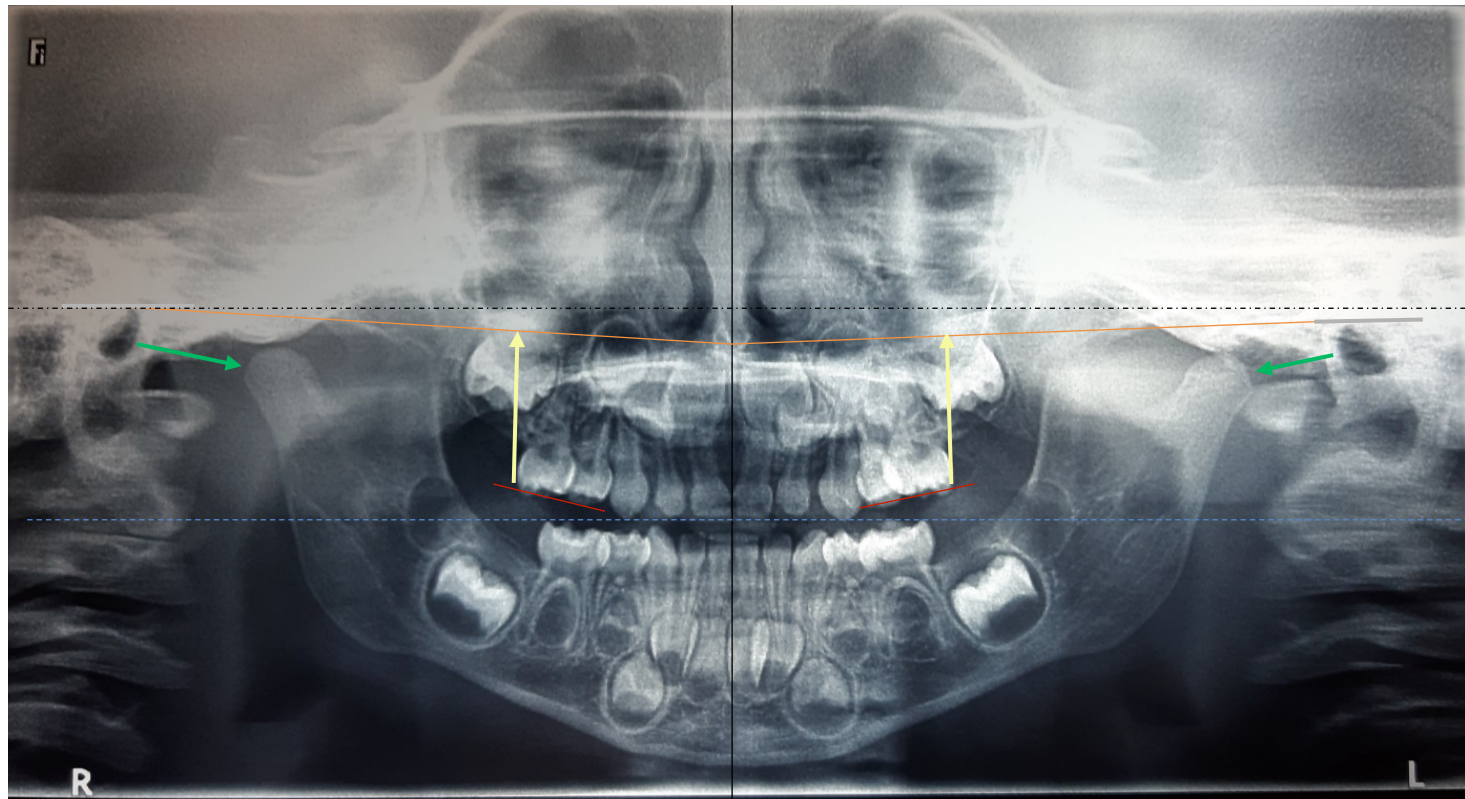


Estudio Radiográfico: OPT:

Coanas parcialmente obstruidas por hipertrofia de cornetes, izquierda más angosta que la derecha. Cavidad glenoidea derecha más alta. Cóndilo derecho más alejado del conducto auditivo externo que el izquierdo (indica que recorre más trayecto al protruir porque la cavidad glenoidea derecha está más alta y /o más atrás. Dentición temporaria, apiñamiento de gérmenes dentales, aparente agenesia de 35 y 45.

Líneas medias dentarias coincidentes con sus respectivas LMO.

Como en la toma de la OPT coinciden LMO podemos evaluar el ELIO que se presenta simétrico. Flechas amarillas muestran PO equidistante al P. de Camper.



Línea celeste punteada marca la horizontal. En rojo el plano oclusal. En amarillo la distancia del PO al Plano de Camper, trazado en amarillo. Flechas verdes indican la distancia entre los cóndilos y el conducto auditivo externo. Línea horizontal negra punteada sirve de referencia para evaluar las alturas de las cavidades glenoideas.

Evaluación Diagnóstica:

Estructural:

Paciente de sexo masculino, 3 años y 2 meses, apreciación de biotipo Dólico , en disto relación y asimetría de base craneal.

Dentario:

Dentición temporaria, con mordida profunda anterior y resalte aumentado anterior y posterior, plano post lácteo a escalón mesial en ambos lados, oclusión posterior cúspide- cúspide, falta de espacios simiescos en el maxilar inferior, apiñamiento antero inferior.

Funcional:

Alteración postural, cifótica y escoliótica. Alteración de la respiración, hipertrofia de cornetes. Deglución alterada, con contracción exagerada de musculatura peri oral. Masticación alterada, plano Oclusal disfuncional, limitación en movimientos latero propulsivos. Alteración en la articulación de la palabra.

Estético:

Perfil convexo, mentón retruído, ángulo naso labial abierto, línea bi pupilar caída a la derecha, oreja izquierda más baja.

Etiológico:

Rotación anterior exagerada del hueso esfenoides en la etapa intra uterina, y externa del maxilar superior, que provocó una colocación posterior y alta de la ATMs, a diferente nivel, y un ensanchamiento exagerado del maxilar superior a nivel posterior, y poco desarrollo de la pre maxila a nivel anterior. Esto asociado a la disfunción respiratoria complejiza aún más el cuadro clínico.

Pronóstico: Favorable por su edad y colaboración del paciente y su familia.

Reservado según la gravedad de la disgnacia y etiología.

Plan de Tratamiento:

Lograr coordinar el desarrollo de las arcadas, promoviendo el desarrollo transversal y sagital del maxilar inferior y controlando el del maxilar superior, y promover la masticación fisiológica funcionalizando el plano oclusal.

Medios Terapéuticos:

1-Placa de Deshayes en el maxilar superior, con tornillo medio de contracción transversal. Con pistas que incluyen sólo molares caducos paralelas y equidistantes al plano de Camper, y fenestrada en el sector anterior para que pueda tener contacto incisivo. Esto le va a permitir poder realizar frote transversal para favorecer el desarrollo mandibular (Planas).

2-Pistas Directas

3-Aparatología funcional

- **04/06/19:** Instalación de Placa de contracción transversal en Maxilar Superior.
- **22/07/19:** se cierra el tornillo $\frac{1}{4}$ de vuelta.

Video: ver en archivo adjunto



Fotos:

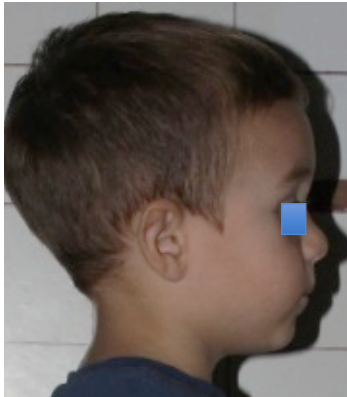


- **10/09/19:**

Fotos faciales: Se aprecia una mejora en el perfil.

Iniciales

Actuales



- **08/09/2020:**

Se toman impresiones para pistas directas del Dr. P. Planas por método indirecto. No se hicieron antes ya que el paciente era muy pequeño como para realizarlas, había gran discrepancia entre las arcadas, y poca movilidad mandibular, hubieran sido necesarias pistas demasiado anchas para compensar la falta de desarrollo transversal del maxilar inferior.

- **20/10/2020:**

La madre relata que se fractura el aparato por lo que se interrumpe el uso del mismo, el paciente comienza a tener cefaleas y su pediatra lo deriva a neurólogo ya que no se encuentra causa de las mimas. Se realiza la reparación del aparato y con el uso habitual se interrumpen las cefaleas por lo que se atribuyen las mismas a la interrupción del tratamiento ortopédico.

Se confeccionan las pistas en el maxilar superior paralelas al Plano de Camper.



- **04/04/22:**

- Vuelve a consultar después de un año de no concurrir, se re-evalúa el caso y se decide tomar impresiones para realizar un activador esqueletizado con escudillos inferiores con el fin de contruir una correcta guía anterior, promover el desarrollo del maxilar inferior y su ubicación en normo relación.



- **03/05/22:** Instalación de activador esqueletizado con escudillos inferiores.



• 16/08/22:

Control: Fotos intra bucal: Maxilar superior de arcada ovoidea con correcta alineación dentaria, coincidencia de LMO y LMD. Maxilar inferior de arcada ovoidea, y apiñamiento inferior moderado.



Arcadas coordinadas.
Adecuado resalte y rebase.



LMD inferior desviada
a la derecha.



Disto oclusión canina derecha Normo oclusión izquierda

La disto oclusión del lado derecho es porque no simetrizamos a tiempo el maxilar superior (el cuadrante 1 estaba mesializado), debido a que la diastolia era prioritaria.

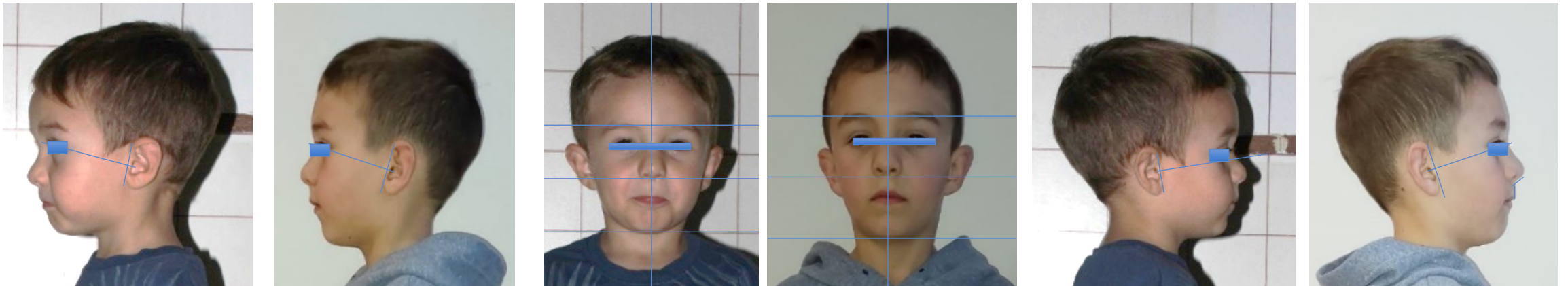
• 16/08/22:

Control: Fotos Posturales: mejora notablemente la postura con respecto a la línea de la gravedad.



• 16/08/22:

Fotos Posturales: Se mantienen los tercios faciales armónicos. Mejora el perfil. Simetriza la cinética de los huesos temporales.



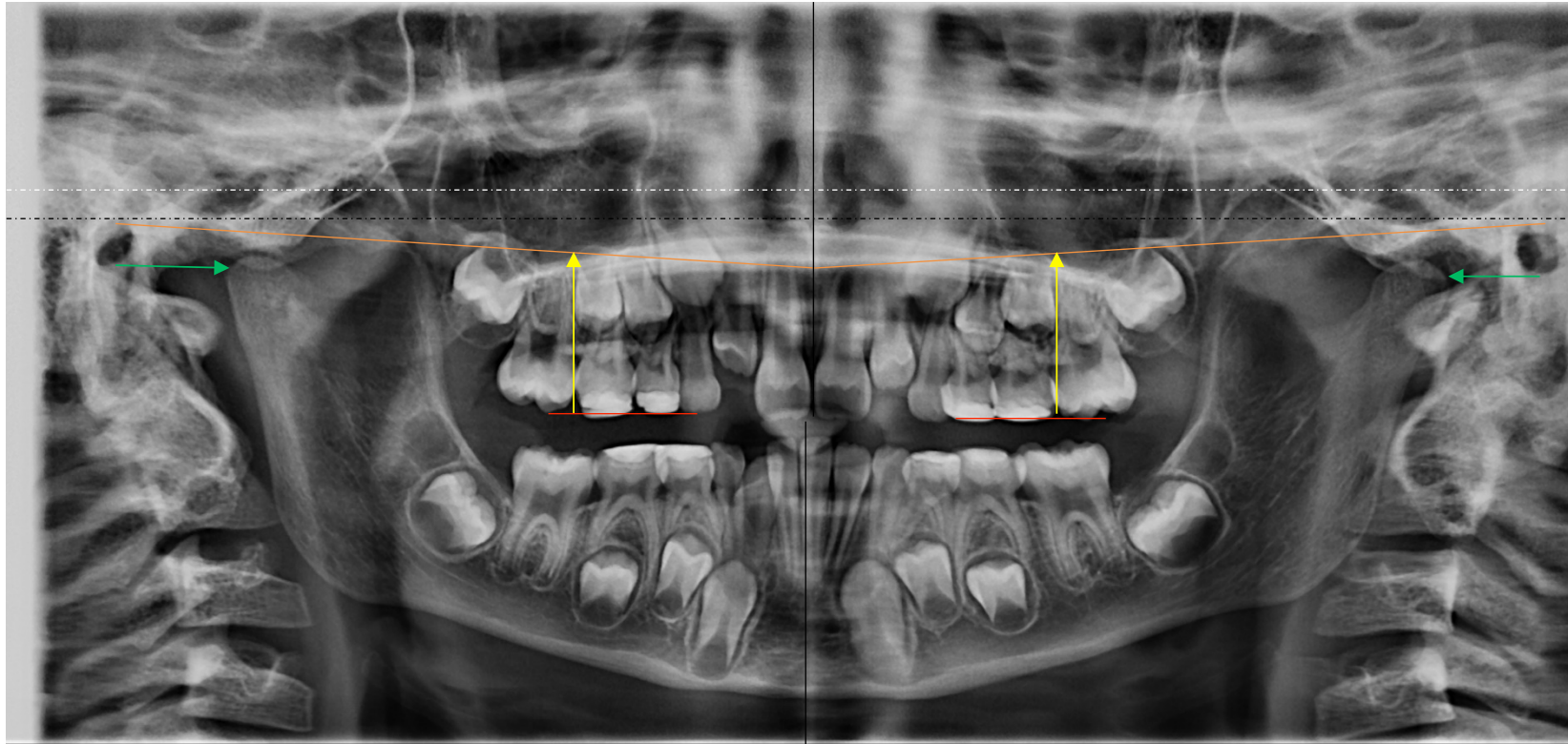
Logramos mejorar la postura corporal, armonía facial, coordinar las arcadas dentarias , contrarrestar la sobremordida y mejorar la disto oclusión a pesar de la etiología y los controles discontinuados.

Se indican OPT y Telerradiografía de Perfil para realizar análisis cefalométricos.

Coanas parcialmente obstruidas, hipertrofia de cornetes. Cavidades glenoideas a igual altura. Cóndilo derecho más alejado del conducto auditivo externo que el izquierdo. Dentición Mixta temprana, mejora apiñamiento de gérmenes dentales, aunque falta espacio para la correcta erupción de los 4 caninos, siendo más grave en el maxilar inferior. Constatamos la presencia gérmenes de 35 y 45.

Línea media dentaria superior coincidente con línea media ósea, y línea media dentaria inferior con un leve desvío hacia el lado derecho. Flechas amarillas muestran PO equidistante al P. de Camper.

10-08-23



Línea blanca punteada marca la horizontal. En rojo el plano oclusal. Flechas en amarillo la distancia del PO al Plano de Camper. Flechas verdes indican la distancia entre los cóndilos y el conducto auditivo externo en la protrusión mand. Línea horizontal negra punteada sirve de referencia para evaluar las alturas de las cavidades glenoideas.

10-08-23

Telerradiografía de Perfil:

Leve doble trazo a nivel de la base craneal, indica una leve asimetría en su estructura interna.

Presenta doble trazo a nivel de rama mandibular lo cual indica asimetría cavidades glenoideas, indicado en la OPT con las flechas verdes.

Presenta desarrollo del seno frontal lo cual demuestra una guía anterior funcional.

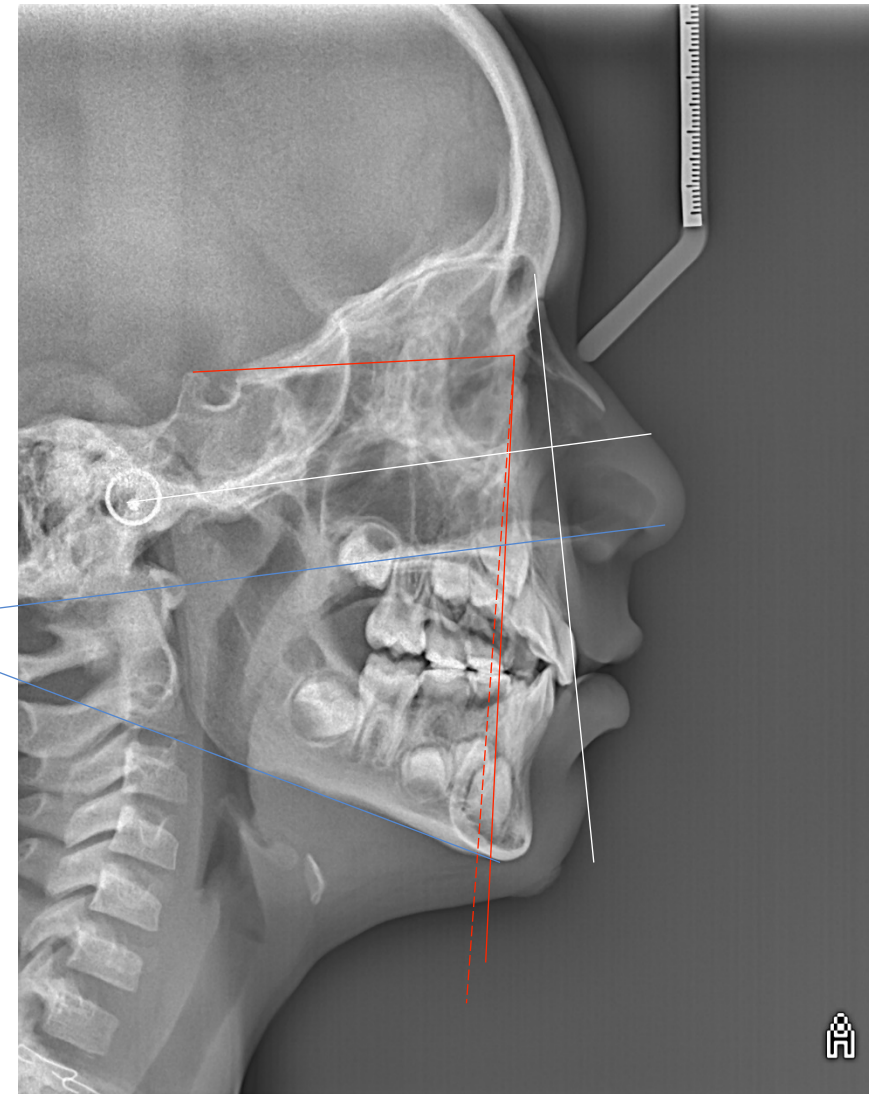
Cavum faríngeo libre y el hueso hioides se encuentra en baja posición.

Cefalogramas:

Delaire: Maxilar Superior: 85° Normo posición.

Maxilar Inferior: 83 ° Disto posición.

Interbasal de Schwarz : 28 ° muy leve aumento de divergencia de las bases.



Mc. Namara: Punto A- vertical: -2mm (norma 0mm en dentición mixta). Retruído.

Pog. – vertical: -12mm (norma -7 +/- 6mm) Retruído.

Long. Maxilar 73,5mm (norma 84,5 +/- 4).

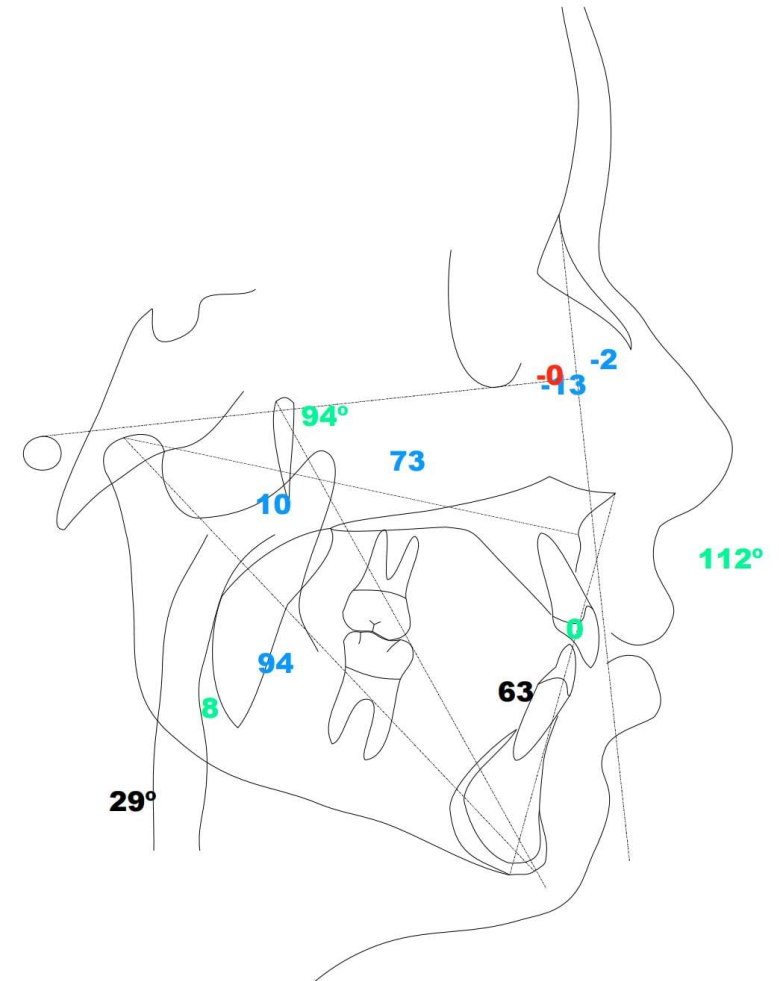
Long. Mandibular: 94,4 (norma 103+/- 4).

AFAI: 62,7 (norma 60,5 +/- 4). Aumentada.

Eje Facial: 94° (norma 90°).

Long. inferior de la faringe: 8,4mm (norma 12, 5 +/- 3). Disminuido.

Long. Superior de la faringe: 10mm (norma es 17,5 +/- 3).Disminuido.



Björk- Jarabak: BCA: 62,9mm

Cuerpo Mandibular: 60,7

BCP : 27,2

Altura de la rama: 41,7

Â de la Silla: 128 (norma 122). Posición hacia atrás de la cavidad glenoidea.

Indica una implantación distal mandibular.

Â Articular: 150 (norma 143). Crecimiento en dirección vertical de la rama, patrón

Dólico facial, no favorece a la proyección de la sínfisis en su crecimiento.

Â Goniaco: 118 (130). Buena proyección de la sínfisis.

Â Go Superior: 46° (52° a 55°). Poco avance del mentón.

Â Go Inferior: 72° (70° a 75°). Dirección de crecimiento del cuerpo mandibular hacia abajo.

Suma Total de los Â: 396 Biotipo Meso Facial.

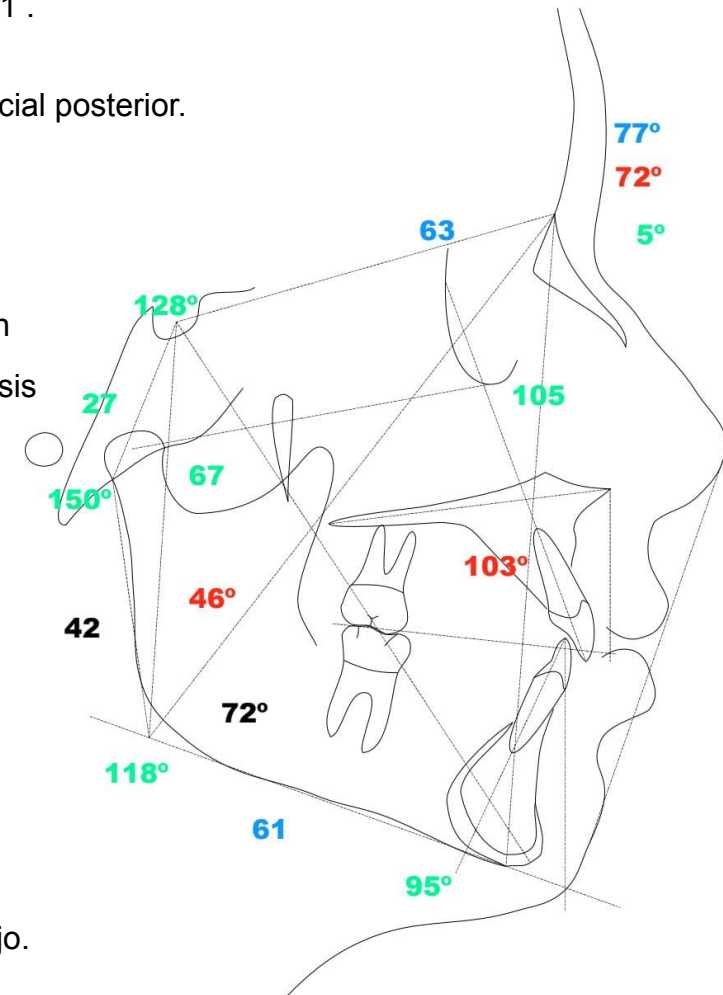
Altura Facial Posterior: 66,7 (norma 70 a 85mm). Disminuida.

Altura Facial Anterior: 104,7 (norma 105 a 120mm)

Relación de las Alturas: 63,7% (norma 62%-65%).Crecimiento directo hacia abajo.

Proyección a los 11 años BCA 66,9 mm (norma 71 +/- 3) y LCM 66,7mm (norma 71 +/- 3) relación casi 1 a 1 .

Indica buen crecimiento vertical de la altura facial posterior.



Incisivo Superior a su base (plano palatal): 103° (norma 110° +/- 2°) retro inclinado.

Incisivo Inferior a su base(plano mandibular): 95° (norma 90° +/- 3°) Pro inclinado.

• 08/23:

Fotos Faciales: Mantiene tercios faciales armónicos. Continúa mejorando el perfil. Mejora el Â naso labial, se encuentra más cerrado y mejora el sellado labial el cual es con menor esfuerzo, presentando a los músculos orbiculares más relajados lo cual se refleja también en las comisuras a igual nivel.



08/22



En negro LMO, naranja LMDI

08/23



08/22



08/23



Fotos intra bucal:

Maxilar superior de arcada ovoidea con correcta alineación dentaria, coincidencia de LMO y LMD. Maxilar inferior de arcada ovoidea, y apiñamiento inferior moderado.

Examen de la Oclusión: Transversal: línea media dentaria inferior desviada hacia el lado derecho con respecto de la línea media ósea inferior.

Adecuado overjet posterior y anterior (1mm).

Vertical: overbite 2mm.

Sagital: normo oclusión canina, los molares erupcionaron en dirección a la normo oclusión.

Conclusión:

Logramos mejorar la postura corporal, armonía facial, coordinar las arcadas dentarias , contrarrestar la sobremordida y mejorar la disto oclusión a pesar de la etiología y los controles discontinuados. Sin embargo, creo que hubiera sido prudente realizarle una segunda placa tipo Deshayes con tornillo distalador y de cierre en dirección paralela a la línea media, para lograr distalar el cuadrante 1 y simetrizar al maxilar superior antes de empezar la etapa con el activador. Esto hubiera sido posible sin la interrupción del tratamiento, y completaría el tratamiento temprano del problema estructural del paciente.

Como discusión podemos establecer que aún falta la consolidación de la guía anterior por lo cual vamos a continuar el tratamiento trabajando en la inclinación de los incisivos con respecto a sus bases óseas, la corrección de la línea media dentaria inferior y generar más desarrollo transversal mandibular por medio de las pistas directas (Leyes del Dr. P. Planas) y del trabajo con el Activador).

A pesar de lo anterior dicho, fuimos acercando al paciente a las condiciones morfofuncionales de salud de su aparato masticatorio, interviniendo precozmente sobre la anomalía estructural y funcionalizando el plano oclusal.

La normalización progresiva de la neuromusculatura a su vez envía estímulos de desarrollo equilibrantes que contribuyen a un crecimiento en salud en el área craneo maxilar.

Cabe recalcar que el paciente pedía el uso de su placa y su confort era tal que cuando se rompió el dispositivo hubo que realizarle otro de emergencia. Esto derriba la idea que los pacientes pequeños no colaboran con el tratamiento.



Agradecimientos:

A las Dras. Isabel Poggi y Virginia Monzón, por la supervisión del caso clínico.

En segundo lugar, agradecer a la colega que oportunamente lo derivó al paciente, la Dra. Valeria Correa, sin ella este tipo de tratamiento temprano no hubiera sido posible.

Y por último a los padres del niño, que enseguida entendieron la importancia del tratamiento temprano y trabajaron desde su lugar como referentes para que hubiera un uso importante de la aparatología descrita, y una grata colaboración del niño en las consultas.

Drabetianagarcia@gmail.com