Rev Uru Ortop Ortod No2 Dic 2018-Julio2019 p 106-154 ISSN: 2393-767X

IUCEDDU

CASO CLINICO

Recibido : Octubre 2018

Aceptado: Noviembre2018

"RETROESTIMULADOR (RE1) EN DENTICIÓN TEMPORARIA"

The retrostimulator (REI) in temporary dentition.



RENATA

EDAD: 4 años.

FECHA DE NACIMIENTO: 12/6/13

INGRESO A CLINICA: 29/6/17

Dr. Claudio Suárez

odontólogo, cursante de la especialidad IUCEDDU-Prevención y Ortopedia

ANTECEDENTES FAMILIARES EN RELACION CON la DISGNACIA

- Padre braqui facial, clase III, presenta disgnacia.
- Madre dólico facial, presenta disgnacia.
- Hermana mayor, presenta disgnacia (clase II con comportamiento de clase III), está en tratamiento en IUCEDDU.

ANTECEDENTES PERSONALES

EMBARAZO: Normal TRATAMIENTOS: No necesitó PARTO: Natural

PESO AL NACIEMIENTO: 3.900 Kg TALLA: 51 cm

ALIMENTACIÓN AL NACER: Hasta los seis meses exclusivo mediante pecho materno, alimentación mixta hasta los ocho meses.

DESARROLLO PSICO NEURO MOTRIZ

- SOSTÉN CEFÁLICO: a los tres meses.
- SE SENTÓ: a los seis meses.
- PRIMERAS PALABRAS: a los 10 meses.
- GATEÓ: poco.
- CAMINÓ: a los trece meses.
- CONTROL DE ESFÍNTERES: a los dos años.

ENFERMEDADES DE LA INFANCIA

La madre relata que no sufrió ninguna enfermedad desde que nació.

ACTITUD DEL NIÑO DURANTE LA CONSULTA

Tímida pero se logra que colabore

ERUPCION DENTARIA

- DENTICIÓN TEMPORARIA:

Primer diente inferior: a los cuatro meses.

Primer diente superior: a los seis meses.

- ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PREVIA:

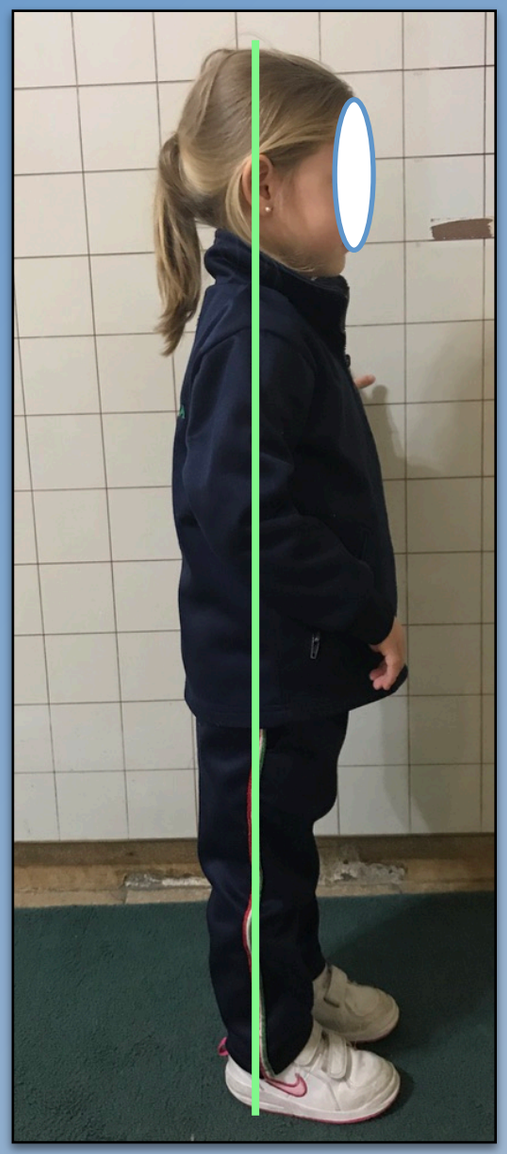
Se le realizó desgaste de caninos.

EXAMEN CLINICO GENERAL

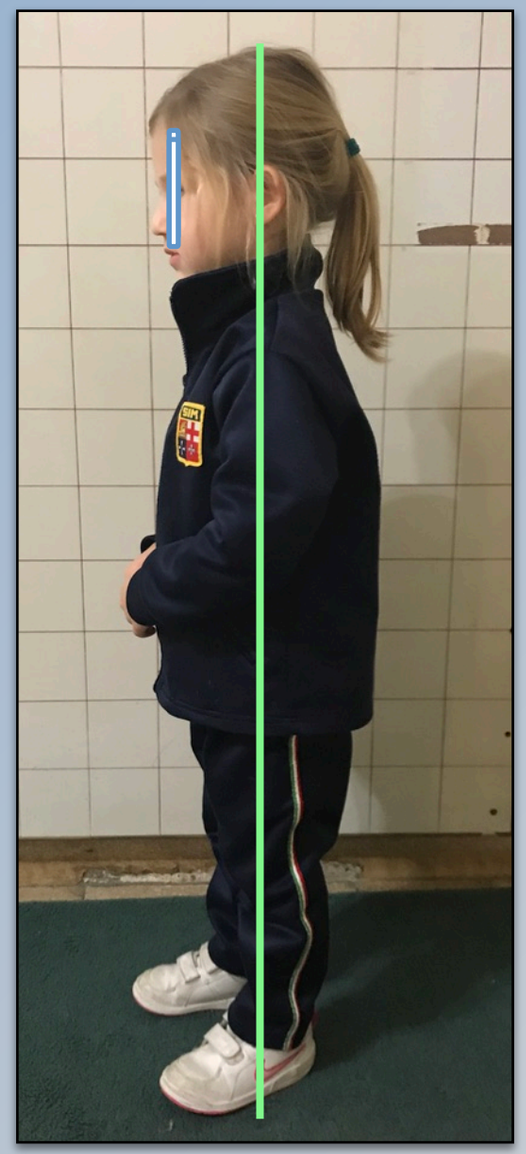
VISIÓN: S/P PESO: 15 Kg.

AUDICIÓN: S/P LADO DE PREFERENCIA: diestro

ACTITUD POSTURAL







ACTITUD POSTURAL: alterada.

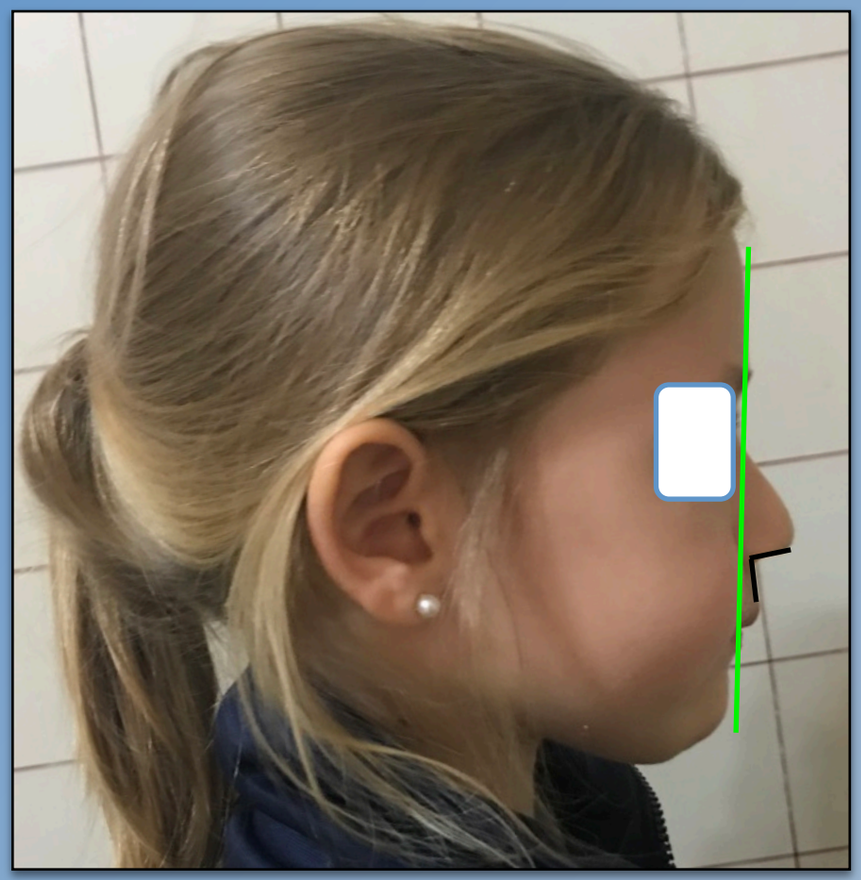
- ACTITUD ESCOLIÓTICA

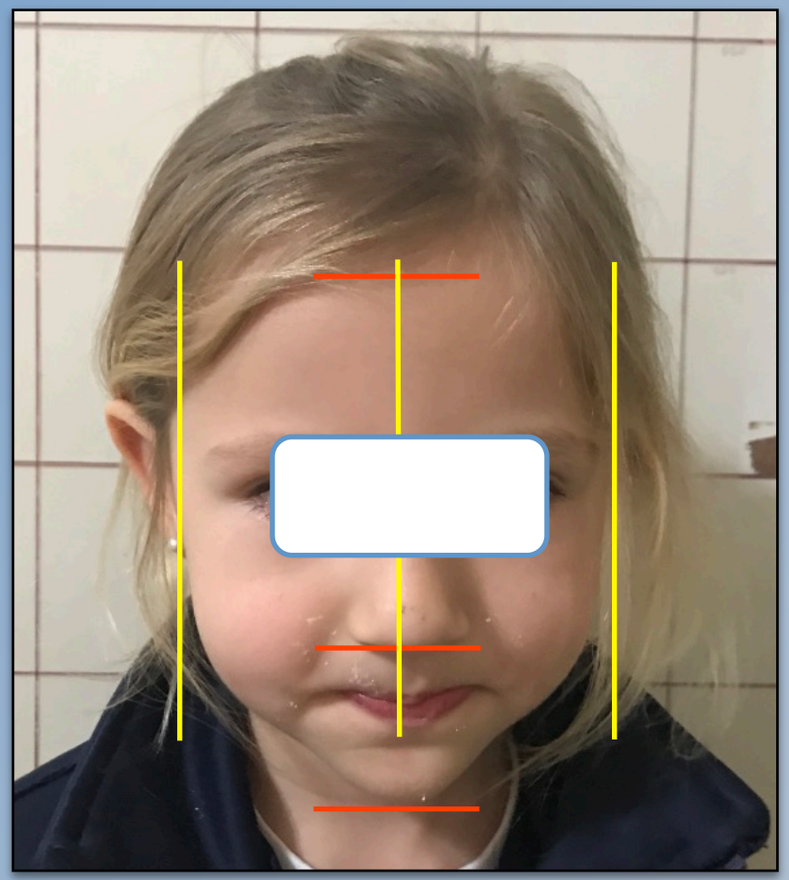
Se observa el hombro izquierdo más abajo.

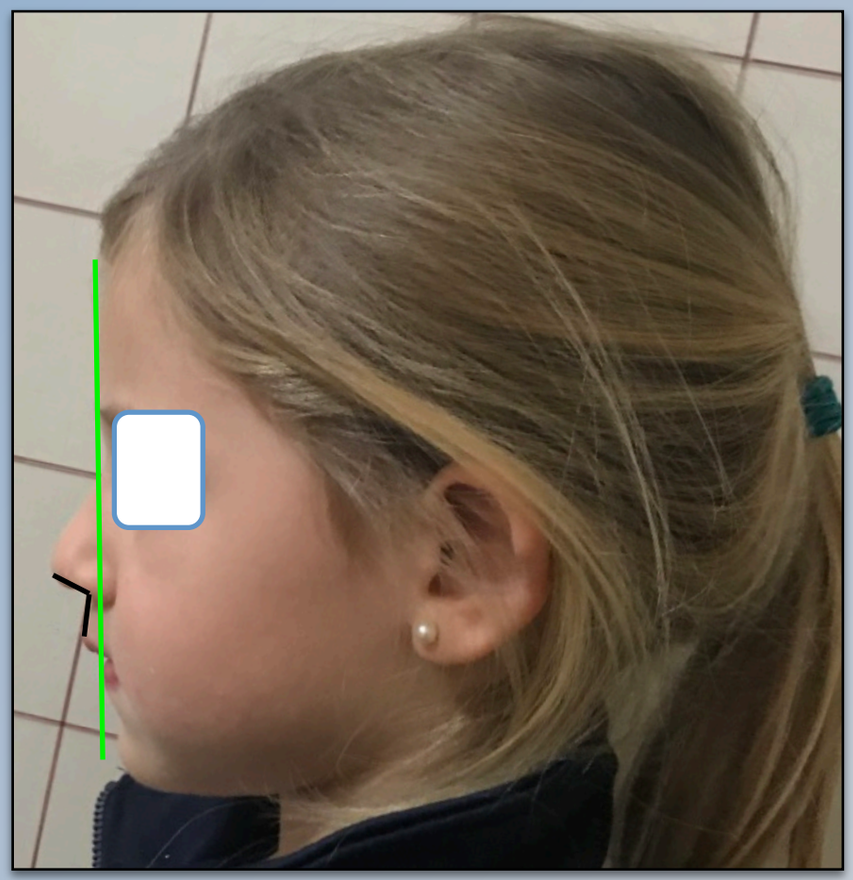
- PLANO SAGITAL

Eje cae por detrás de lo normal. Actitud hiperextendida.

EXAMEN CRANEO FACIAL







EXAMEN FRONTAL

- Meso facial.
- Tercios faciales: simétricos.
- No presenta asimetrías.
- Surco mentoniano: marcado
- Labios: competentes pero tensos.

EXAMEN SAGITAL

- Perfil: recto.
- Sínfisis prominente.
- Ángulo naso labial: obtuso.

EXAMEN BUCAL

Clase I canina derecha e izquierda.



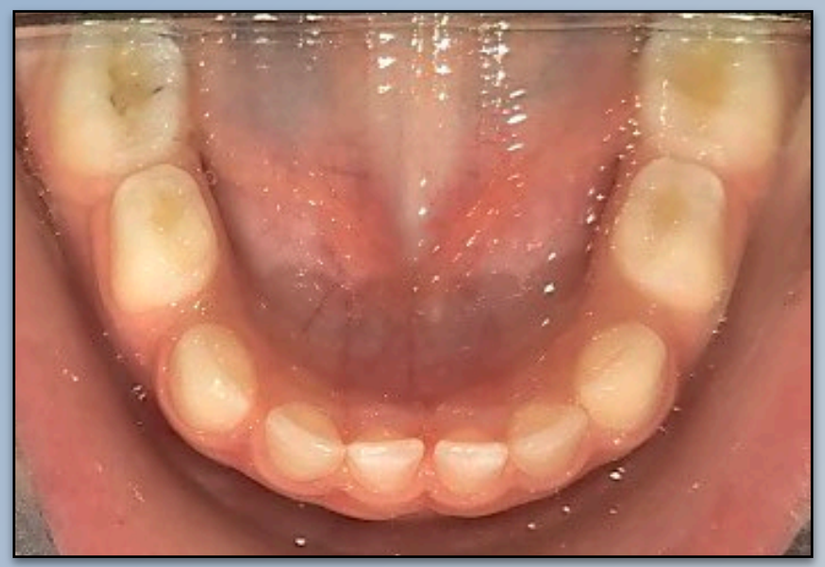
Espacios simiescos superiores.







Mordida cruzada anterior.



Espacios simiescos inferiores.

Diastemas interincisivos.

EXAMEN BUCAL



- Dentición: temporaria.
- Bóveda palatina: profunda.
- Amígdalas: hipertróficas.
- Lengua: normal tamaño y movilidad.
- Frenillo labial: inserción baja con isquemia a la tracción.
- Frenillo lingual: normal.

EXAMEN BUCAL





RELACIÓN OCLUSAL:

- Plano Sagital: plano post lácteo: derecho a escalón mesial.
  izquierdo a escalón mesial.
  relación canina: derecha normal.
  izquierda normal.
  resalte: -1 mm.

- Plano Vertical: Sobrepase mayor de 3 mm.

- Plano Transversal: líneas medias dentarias coincidentes.
  relación posterior normal.

EXAMEN FUNCIONAL

- RESPIRACIÓN:

Respiración mixta.

Permeabilidad nasal: normal.

Reflejo narinario de Gudin: positivo.

Espejo de Glatzek: negativo en ambas narinas.

- ARTICULACIÓN DE LA PALABRA:Normal, correcta.

- MASTICACIÓN: Disfuncional.

- DEGLUCIÓN: Disfuncional.

EXAMEN FUNCIONAL

- <u>FUNCIÓN MANDIBULAR:</u>

Posición de reposo: líneas medias coincidentes.

ELIOS: no detectable clínicamente.

Trayectoria de reposo a PMI: pro latero desvío (a la izquierda)

- <u>FUNCIÓN OCLUSAL:</u>

Trayectoria de protrusión:

55 - 54 -53	63 - 64 - 65
85 - 84 - 83	73 - 74 - 75

Lateralidad derecha:

55 - 54 - 53	
85 - 84 - 83	

Lateralidad izquierda:

	63 - 64 - 65
	73 - 74 - 75

EXAMEN FUNCIONAL

- <u>PLANO OCLUSAL EN RELACIÓN AL PLANO DE CAMPER:</u>

Plano frontal: paralelo.

Lado derecho: paralelo.

Lado izquierdo: paralelo.

AFMP: no registrable .

- Clínicamente, no se puede determinar un lado masticatorio predominante.

.

EXAMEN FUNCIONAL

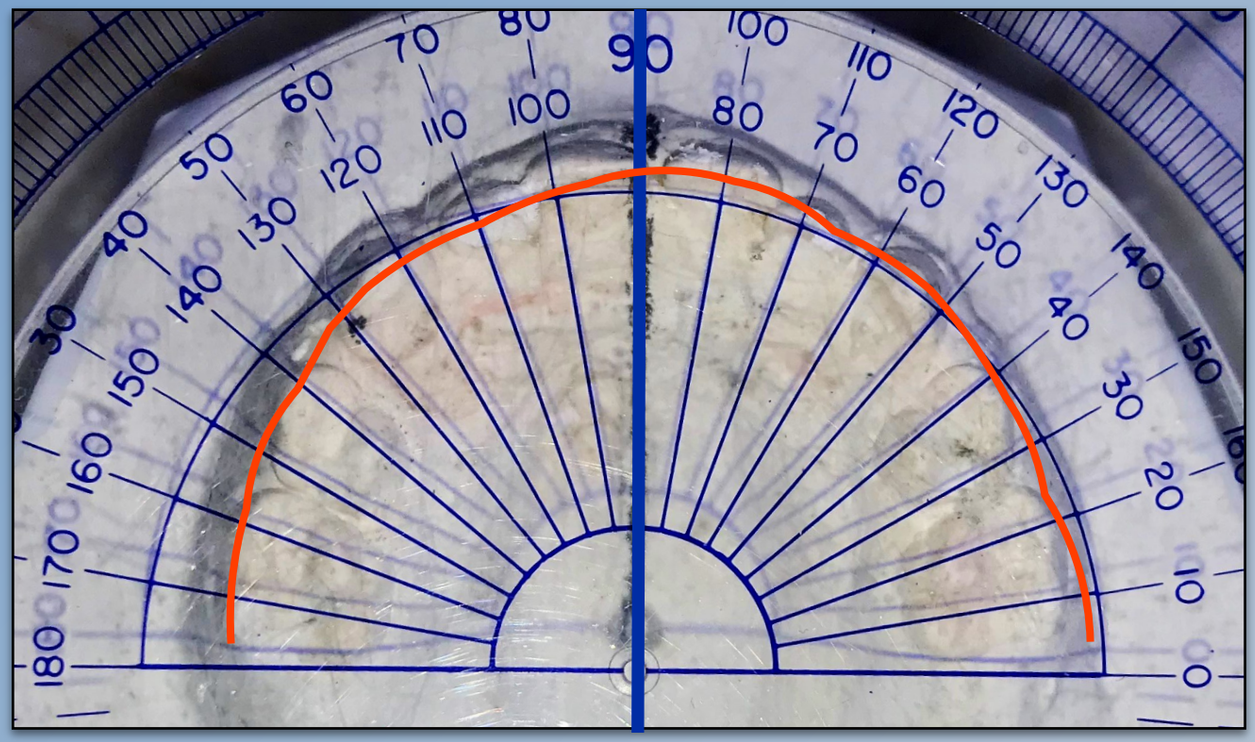
- ATMs: Sin signos y síntomas de patologías.

- HABITOS DE SUCCION: No presenta.

- TICS: No presenta.

ESTUDIO DE MODELOS

Maxilar Superior



- Dentición temporaria.
- Forma del Arco: ovoidea.
- Linea media ósea y dentaria NO coincidentes (mesial del 51).
- Desarrollo transversal asimétrico,ligeramente mayor izquierdo.
- Paladar: mediano a profundo.
- Número de piezas: 10
- Palatoposición: 52-51-61-62.
- Diastemas: espacio simiescos y distal de caninos.

ESTUDIO DE MODELOS

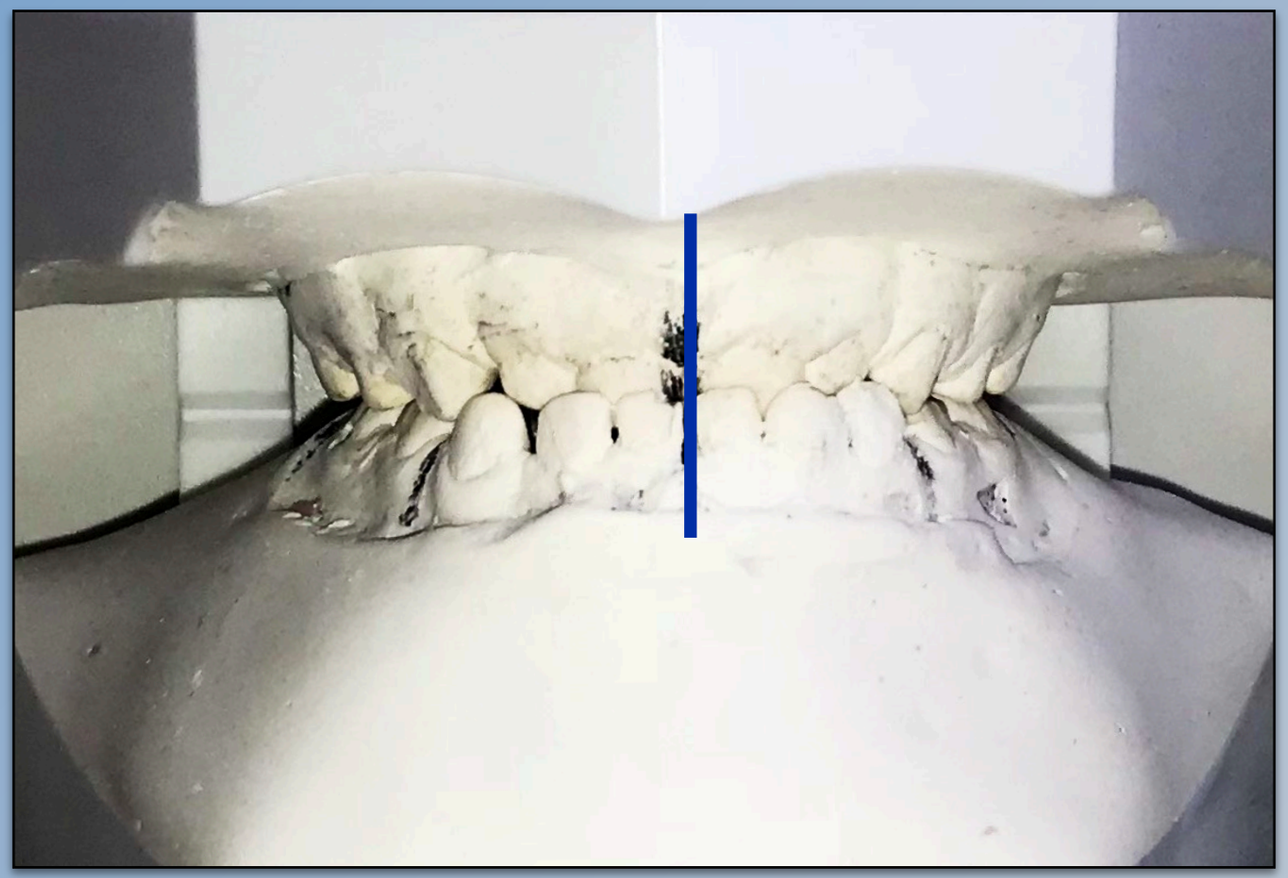
Maxilar Inferior



- Dentición temporaria.
- Forma del Arco: ovoideo.
- Linea media ósea y dentaria coincidentes.
- Número de piezas: 10
- Alteraciones de posición: no.
- Diastemas: medio.
- Espacios simiescos.

ESTUDIO DE MODELOS

Relacionados - Plano Transversal



- Lineas medias interincisivas coincidentes.
- Lineas medias óseas no coincidentes
- Relación posterior normal.

ESTUDIO DE MODELOS

Relacionados - Plano Sagital



DERECHA

- Plano post lácteo: escalón mesial.
- oclusion canina: normal.
- Resalte: -1 mm.



IZQUIERDA

- Plano post lácteo: escalón mesial.
- oclision canina: distal.
- Resalte -1 mm.

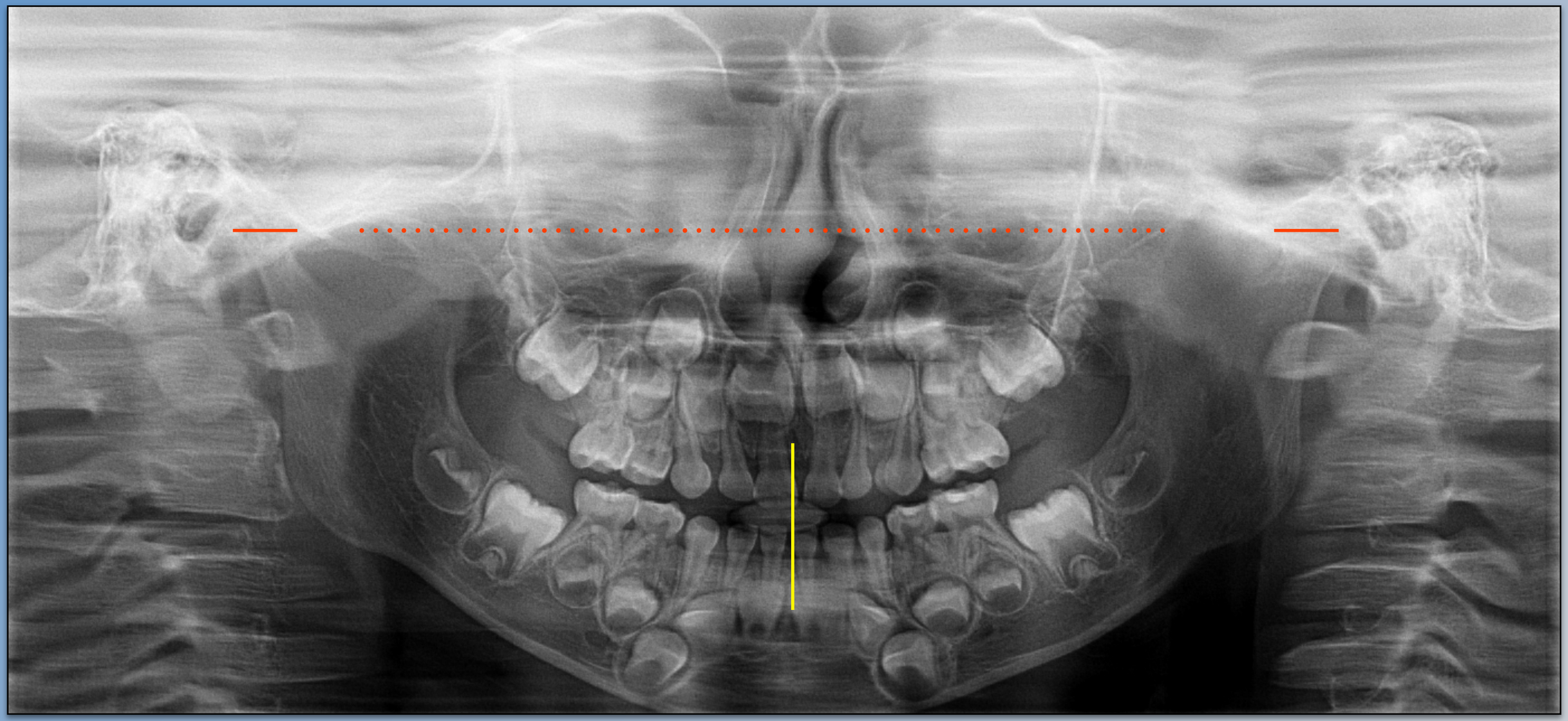
ESTUDIO DE MODELOS

MODELOS RELACIONADOS - PLANO VERTICAL



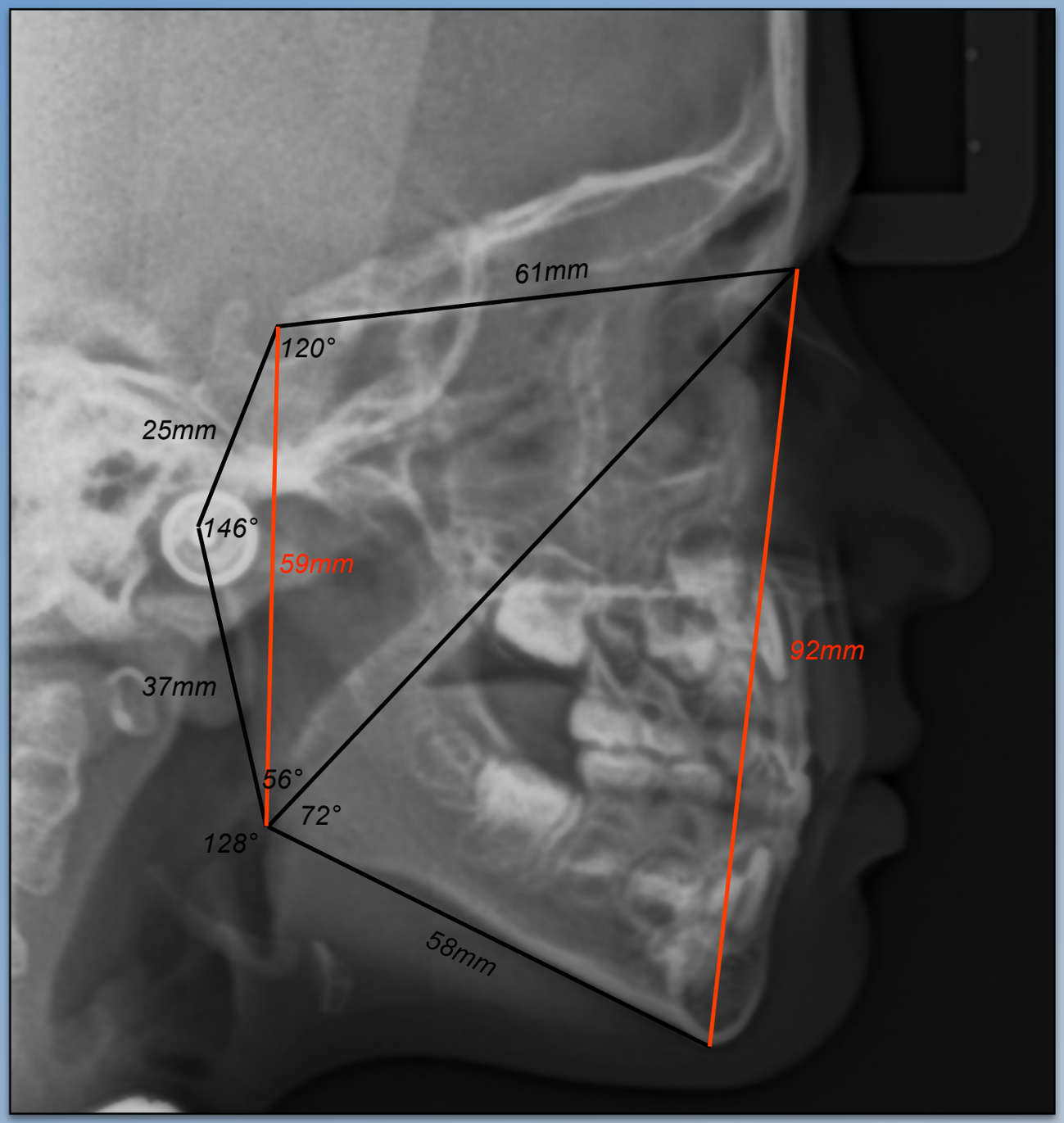
- sobrepase: mayor 3 mm.

ORTOPANTOMOGRAFIA



- Agujeros piriformes medianos el derecho colapsado .
- Imagen de cornetes hipertróficos (más del lado derecho).
- Tabique nasal desviado a la derecha.
- Cóndilos a la misma altura pero de tamaño diferente (alargado el izquierdo).
- Senos maxilares velados.
- Distancia condilo a C.A.E. simétrico.

CEFALOGRAMA DE BJÖRK



- SUMA: 394°, Meso (norma 396°+-6).

Ángulo de la silla: 120° (norma 122°).

Ángulo articular: 146° (norma 143°).

Ángulo goníaco: 128° (norma 130°)

- Superior: 56° (norma 52° a 55°).
- Inferior: 72° (norma 70° a 75°).

- Relación B.C.A./L.C.M.: 61-58
- Proyección: B.C.A.: 68 mm.

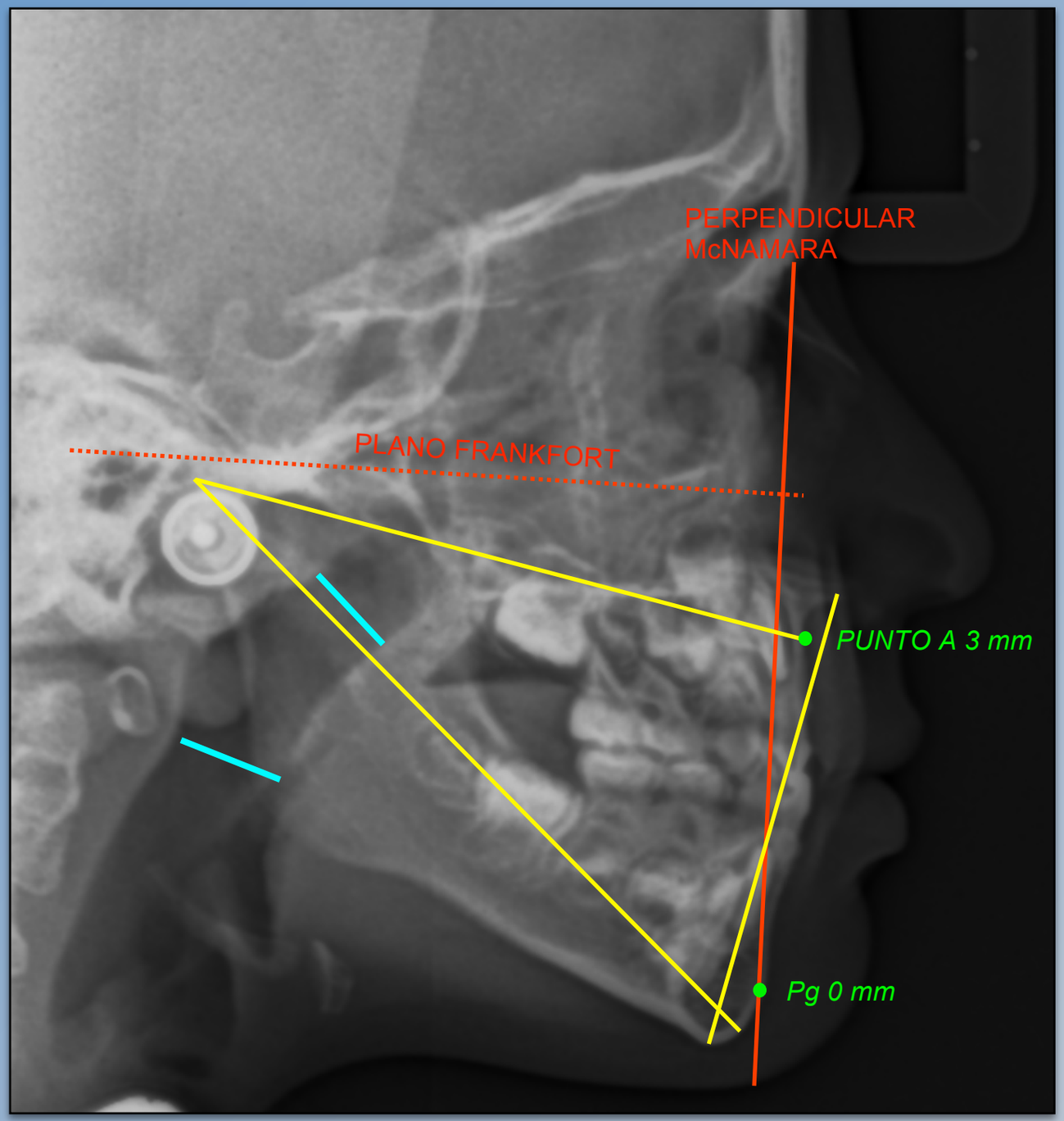
  L.C.M.: 68,5 mm.

- Relación B.C.P./A.R.: 3 a >4.

- Relación AFP/AFA: 64,13.

Crecimiento Rotacional Anterior (Braqui).

CEFALOGRAMA MC NAMARA



- Punto A a ⊥: + 3 mm (valor estimado).
- Pogonion a ⊥: 0 mm (norma -8 a -6 mm).

- NORMAS COMPUESTAS:

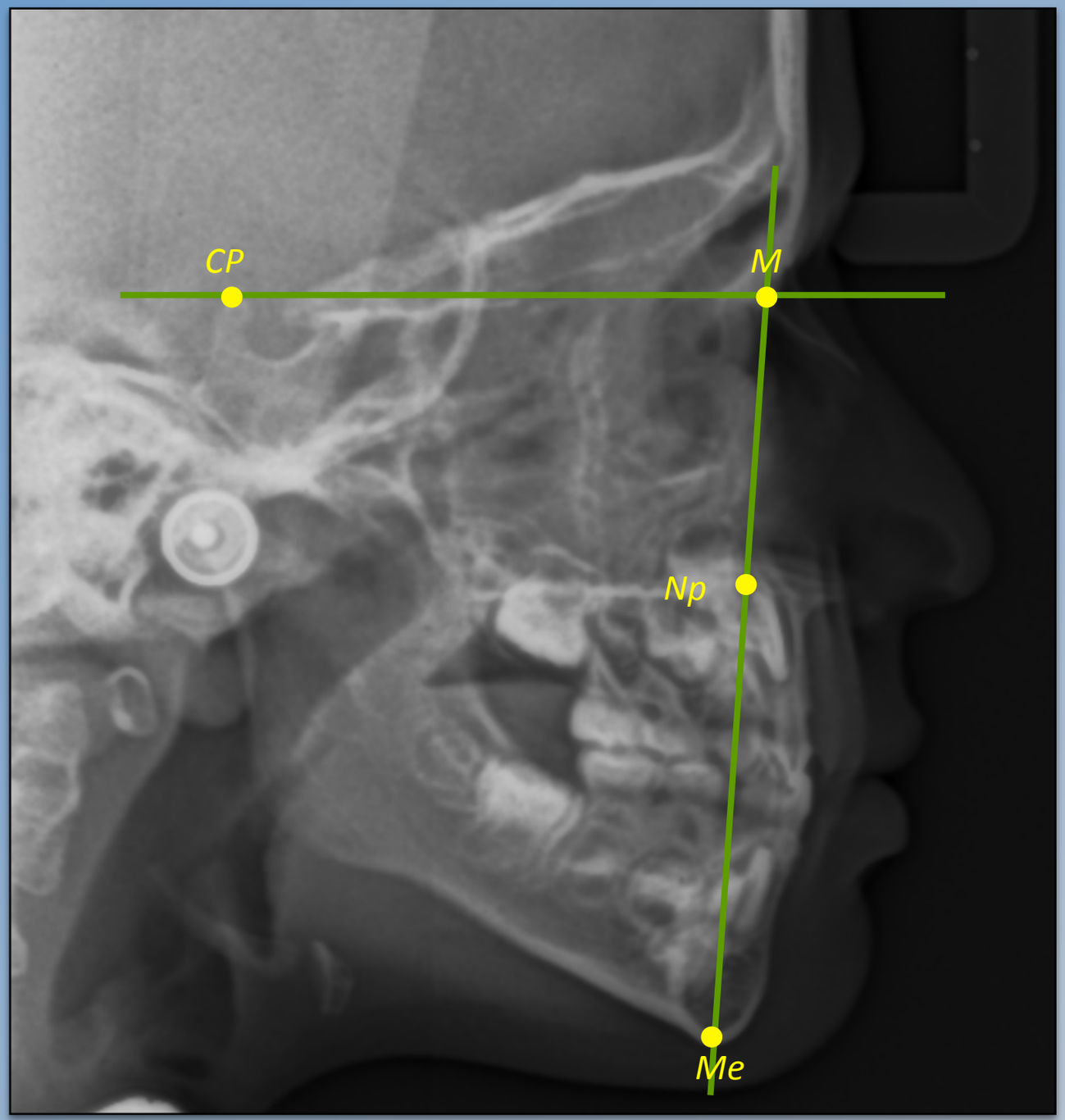
Long. maxilar: 71 mm.

Long. mand.: 89 mm (norma 86 a 89 mm).

A.F.I.: 54 mm (norma 50.5 a 51.5 mm).

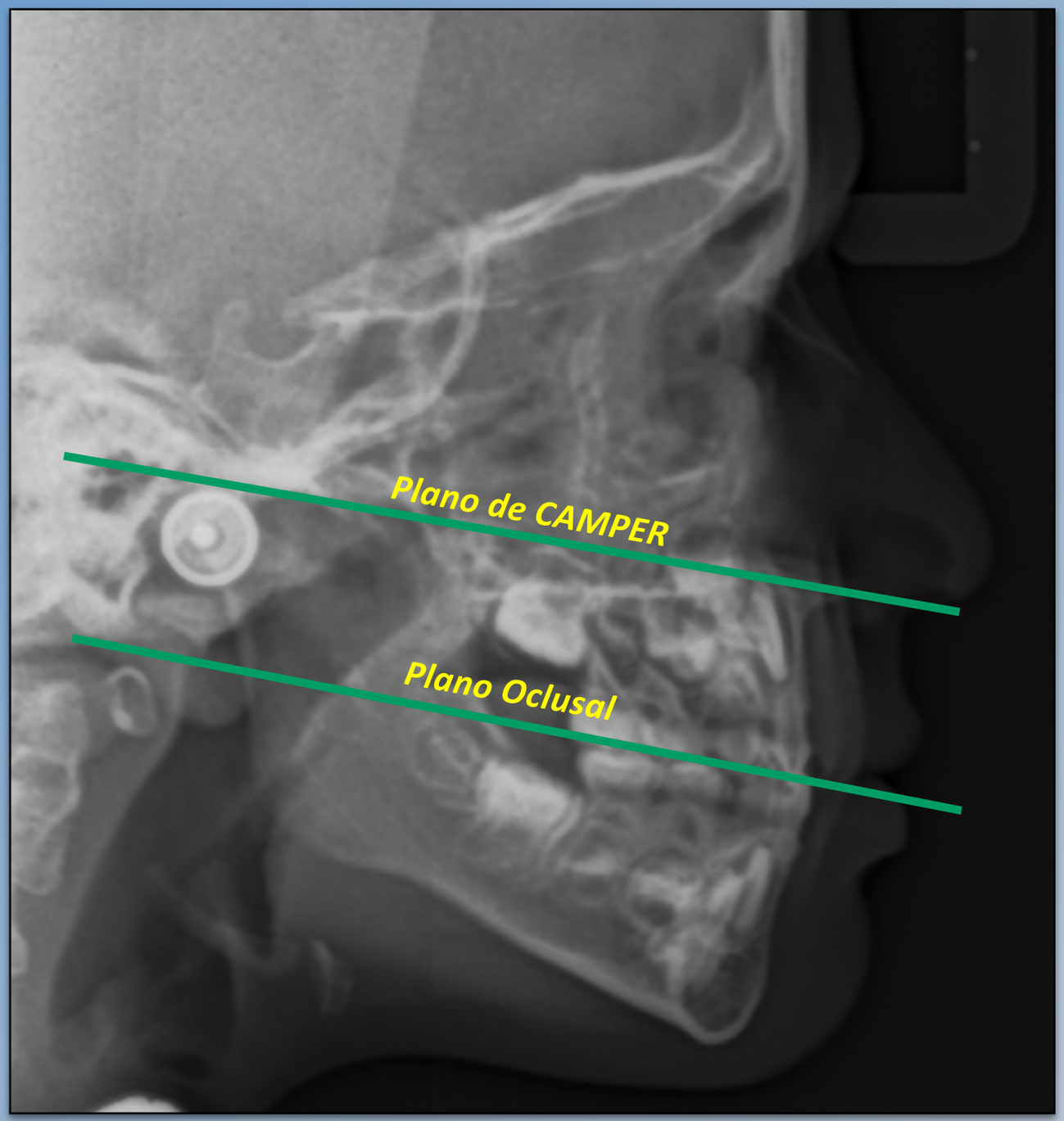
- Vía aérea aumentada
- Lengua en posición baja y adelantada.

PARAMETROS DE DELAIRE



- Báscula MS: 86°
- Me: pasa por la línea.

PLANO DE CAMPER EN RELACION AL OCLUSAL



- Paralelos.

DIAGNÓSTICO CEFALOMÉTRICO

- Biotipo Meso a Braqui (con crecimiento rotacional anterior).
- Clase I (cuerpo mandibular y BCA de igual medida a los 11 años), con otros parámetros cefalométricos y herencia de clase III.
- Angulo de la silla disminuido, determina implantación anterior de la cavidad glenoidea.
- Angulo articular aumentado, favorece el retrognatismo.
- Angulo goníaco disminuido, mandíbula algo cuadrangular.El ángulo goniaco superior aumentado lo que prevee un avance de la sinfisis en lo que resta de crecimiento
- Longitud mandibular proporcional a la maxilar, con altura facial inferior aumentada.
- Según el cefalograma de Delaire, la báscula del maxilar superior está correcta y el Me pasa por la línea M - Np, cosa que también es correcta. La paciente tiene endoalveolía antero superior con colapso de la premaxila primaria o secundaria a la mordida cruzada anterior.
- Vía aérea inferior aumentada ,con lengua adelantada y velo del paladar vertical.

SINTESIS DIAGNOSTICA

- ESTRUCTURAL:

Paciente de 4 años.
Sagital: Clase I esqueletal con factores de riesgo de Clase III.
Biotipo meso a braqui.
Transversal: crecimiento asimétrico.
Vertical: Altura facial inferior aumentada.

- FUNCIONAL:

Insuficiente respiratorio por obstrucción via aérea alta, derivado a otorrino.
Masticación disfuncional .
Deglución disfuncional.
Actitud postural alterada.

- DENTARIO:

Plano post lácteo a escalón mesial.
Relación canina normal.
Resalte negativo (mordida cruzada anterior), rebase aumentado.
Lineas medias dentarias coincidentes, superior no coincide con ósea.

DIAGNOSTICO ETIOLOGÍCO

La etiología es hereditaria por parte de padre y agravada por la insuficiencia respiratoria , lo cual se expresa en la falta de desarrollo de la premaxila.

Esto sumado al desgaste de caninos por parte de un colega, desencadenaron un prodeslizamiento generando la mordida cruzada anterior.

PRONOSTICO

- DE ACUERDO A LA EDAD:

Reservado a favorable.

- DE ACUERDO A LA GRAVEDAD DE LA DISGNACIA:

Reservado a favorable.

PLAN DE TRATAMIENTO

- INTERDISCIPLINARIO:

Interconsulta con otorrinolaringólogo para evaluar las vías aéreas altas.

- PARA LA DISGNACIA:

Objetivos:

Primero, solucionar el prodeslizamiento mandibular.

Segundo, realizar un nuevo estudio del caso para aparatologia funcional de tal manera de continuar estimulando el maxilar superior y que ambos (maxilar superior e inferior), armonicen en su crecimiento y desarrollo.

MEDIOS TERAPEUTICOS

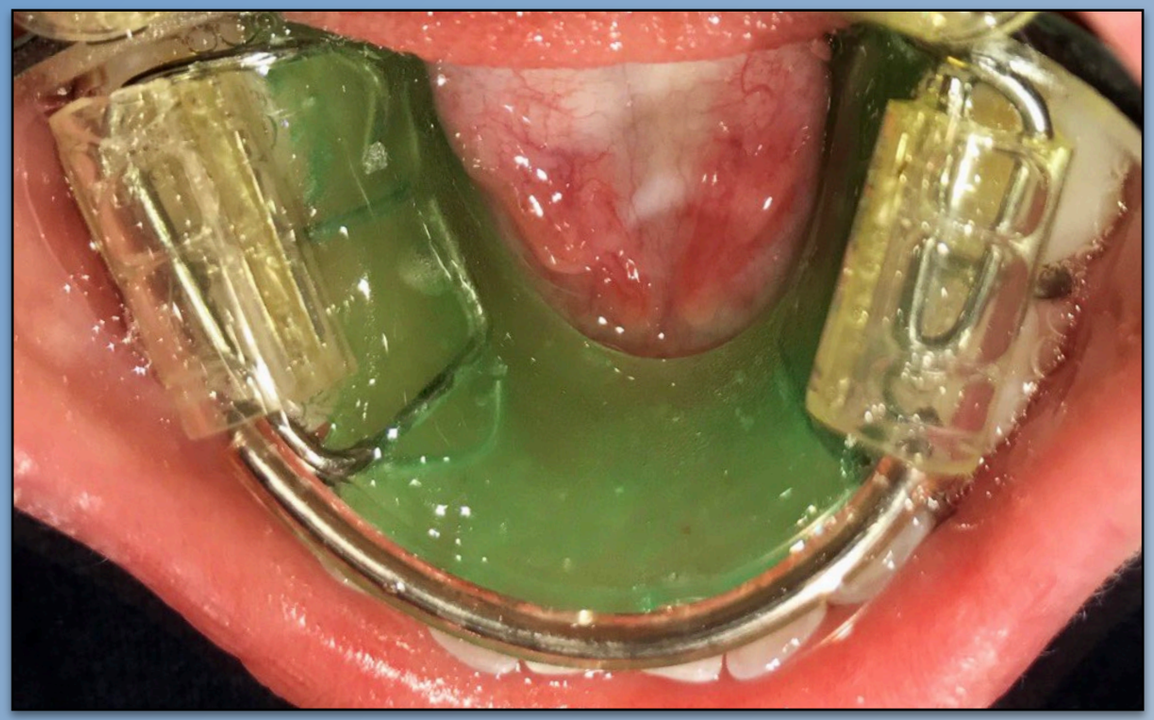
- RE1- RETROESTIMULADOR o “Pequeño Gigante”, para eliminar el prodeslizamiento y estimular la premaxila.

- PISTAS DIRECTAS para estabilizar los maxilares en isodaquia

- APARATOLOGIA FUNCIONAL

ATENCIÓN CLÍNICA

- 10 de Agosto de 2017





- Instalación de RE1 (“Pequeño Gigante”).
- Se hacen resinas en vestibular de 73 y 83 para lograr retención.

ATENCIÓN CLÍNICA

- 28 de Setiembre de 2017



- Control.

ATENCIÓN CLÍNICA

- 9 de Noviembre de 2017







- Pistas Directas (55-54-64-65), paralelas a Camper.
- sellado de surcos inferiores con resina para eliminar cúspides y no levantar mas la mordida
- Se busca generar un plano cercano al funcional para reducir el prodeslizamiento y evitar la mordida cruzada.

ATENCIÓN CLÍNICA

- 8 de Diciembre de 2017











- Pistas Directas (55-54-64-65), paralelas a Camper.
- Agregado en surcos inferiores.
- Se busca eliminar el contacto anterior de prodeslizamiento.

ATENCIÓN CLÍNICA

- 22 de Febrero de 2018











- Pistas Directas (55-54-64-65), paralelas a Camper.
- Ligera mesio oclusion caninos

ATENCIÓN CLÍNICA

- 22 de Marzo de 2018







- Control RE1, se colocan tubos de goma posteriores , para estimular los musculos masticatorios.

ATENCIÓN CLÍNICA

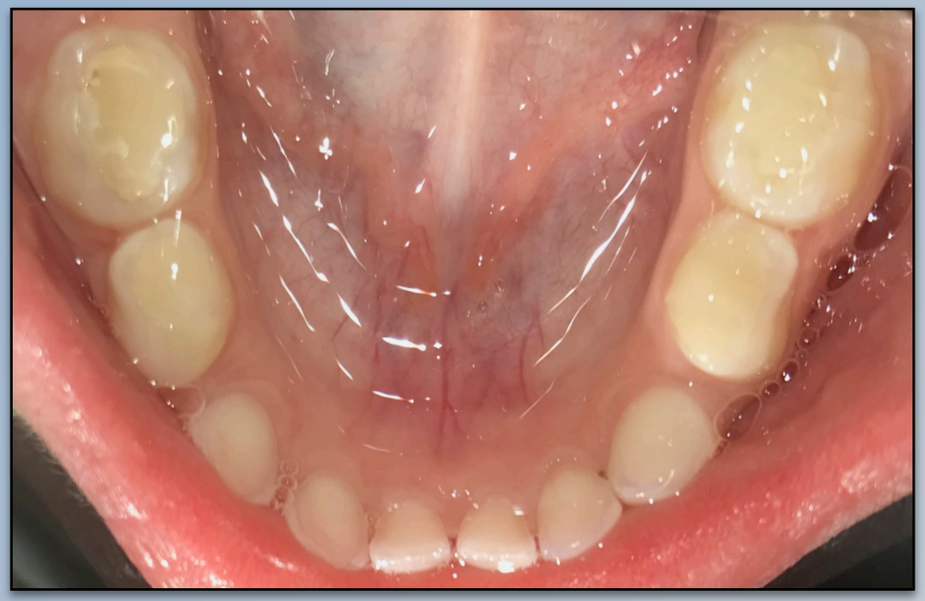
- 22 de Marzo de 2018











- Se corrige la mesio oclusion caninos

ATENCIÓN CLÍNICA

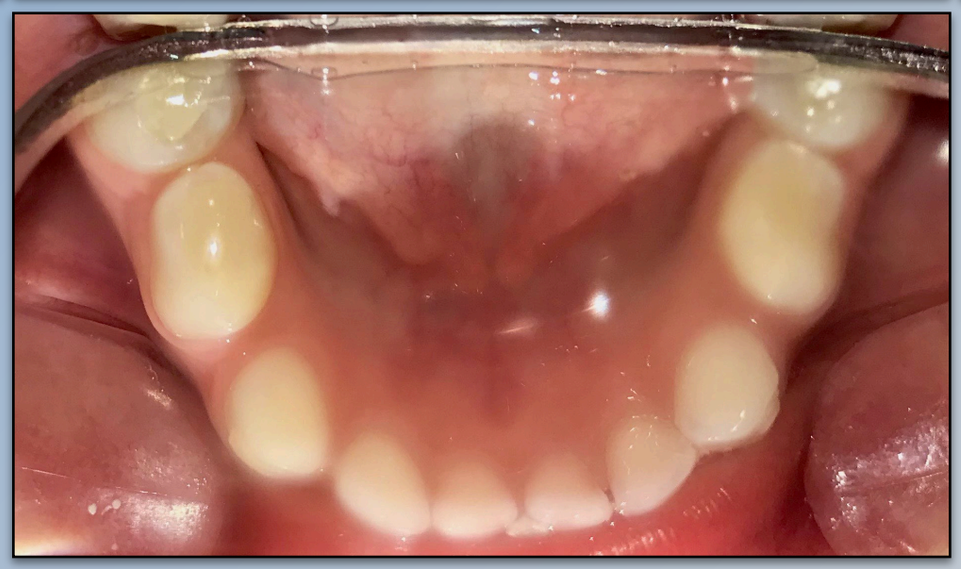
- 10 de Mayo de 2018







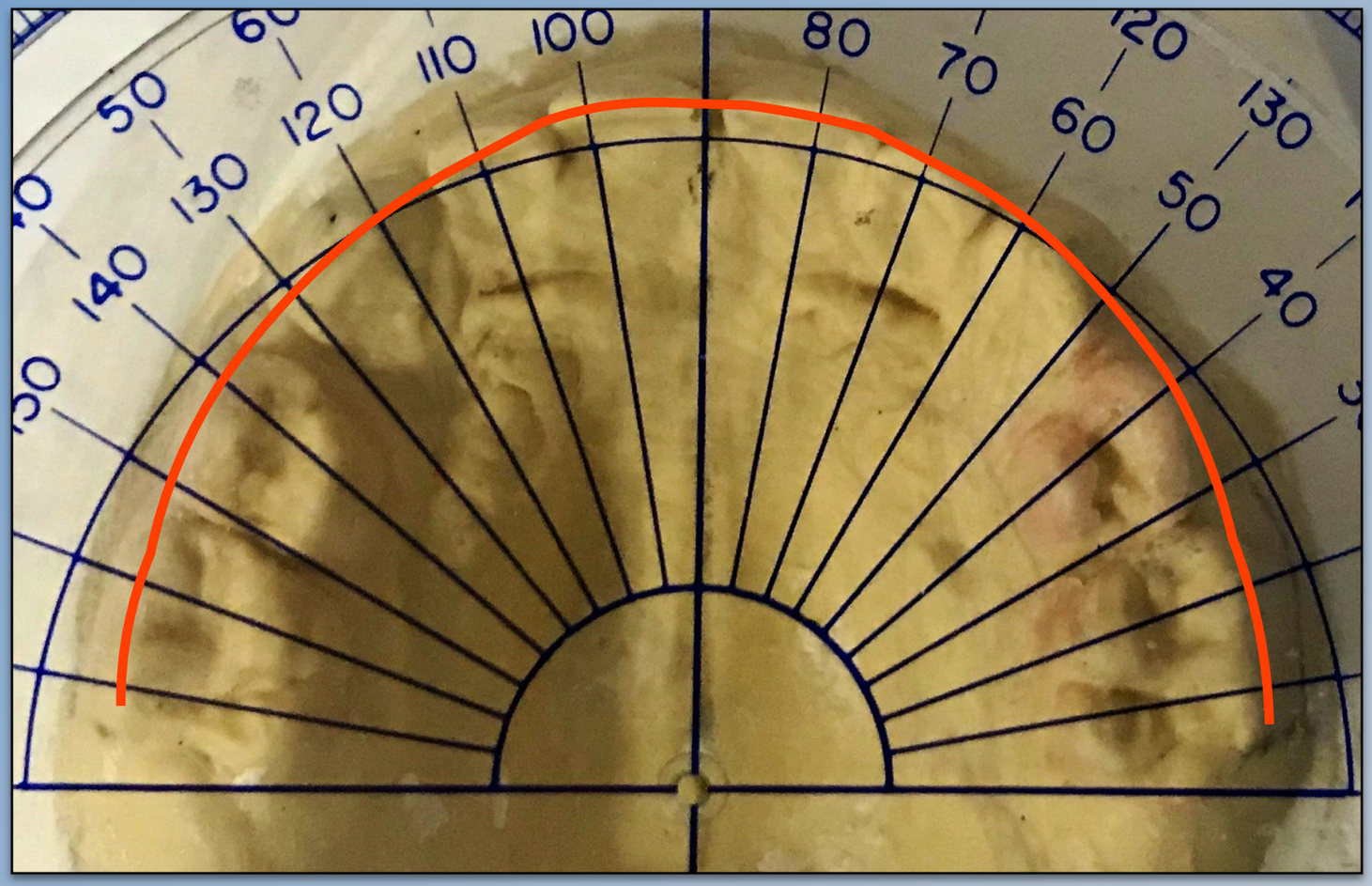




- Impresiones y mordida habitual para re evaluar.
- Se indica más uso, por lo menos 13 horas diarias.

RE EVALUACION

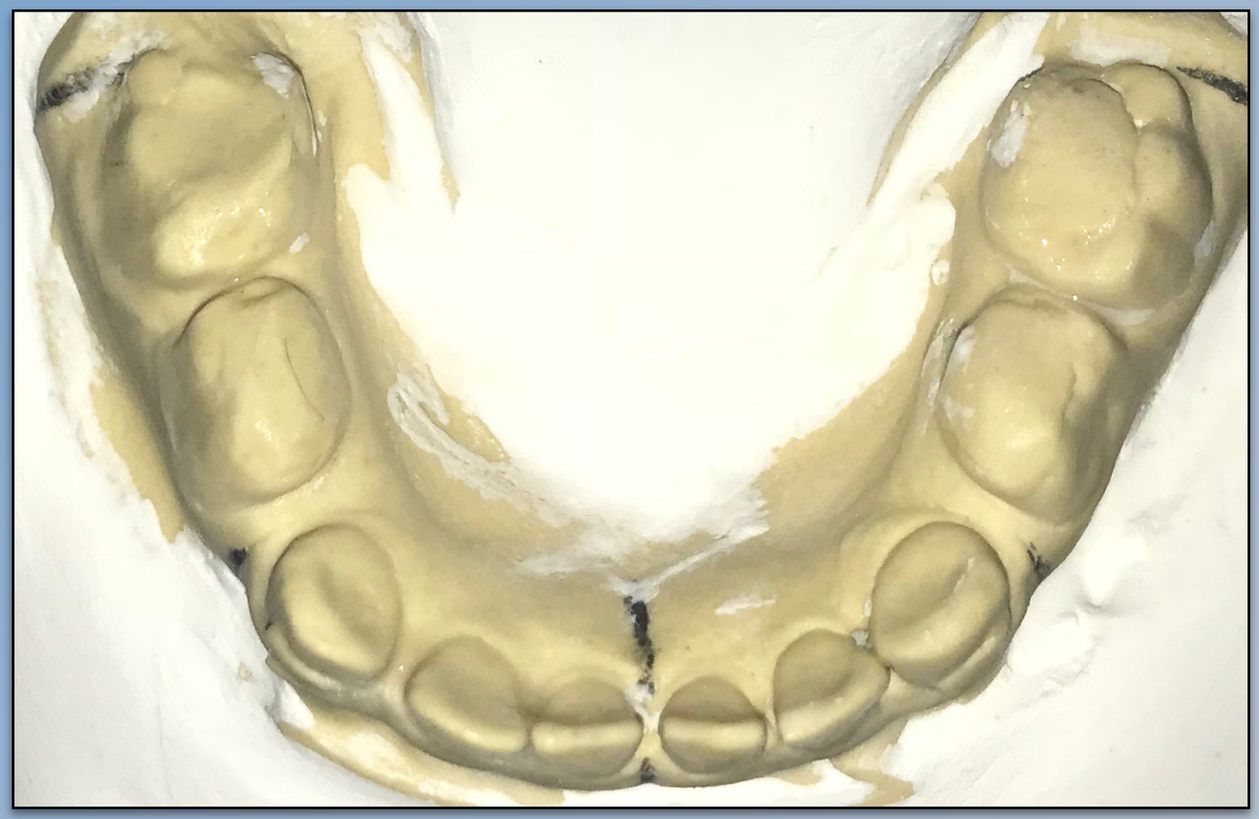
- 10 de Mayo de 2018



- Logramos igualar transversalmente cada hemi maxilar a través la función muscular simétrica.

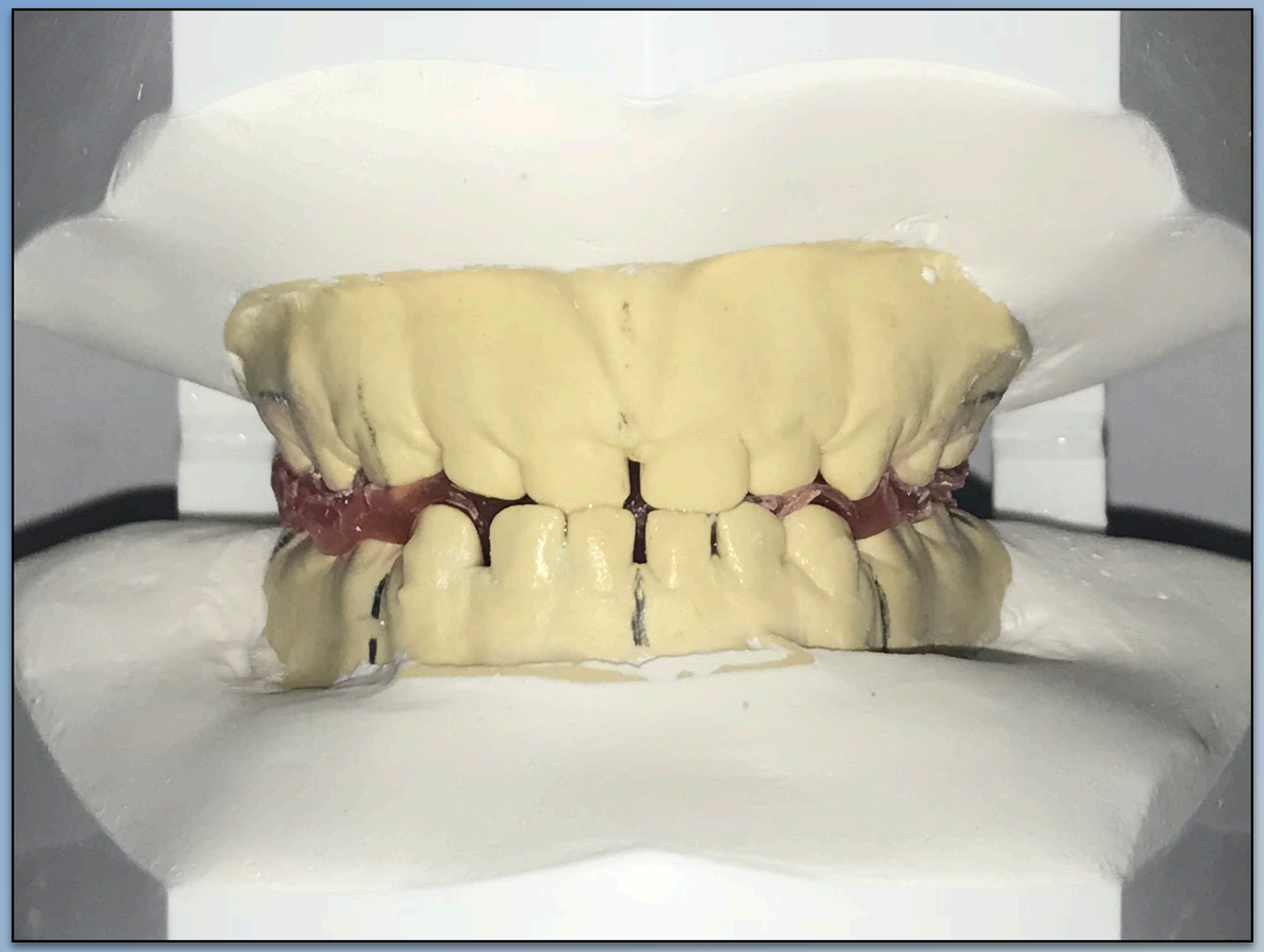
RE EVALUACION

- 10 de Mayo de 2018



RE EVALUACION

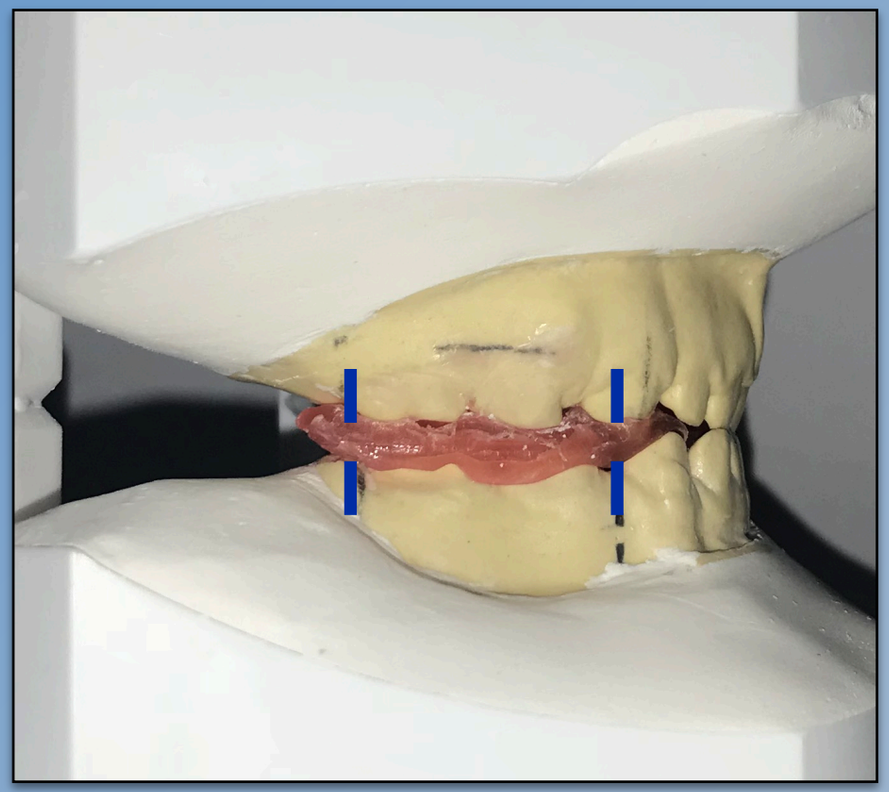
- 10 de Mayo de 2018



- Eliminamos el pro deslizamiento.
- El espesor de la mordida en cera es el que será ocupado por las nuevas pistas directas a realizarse por método indirecto.

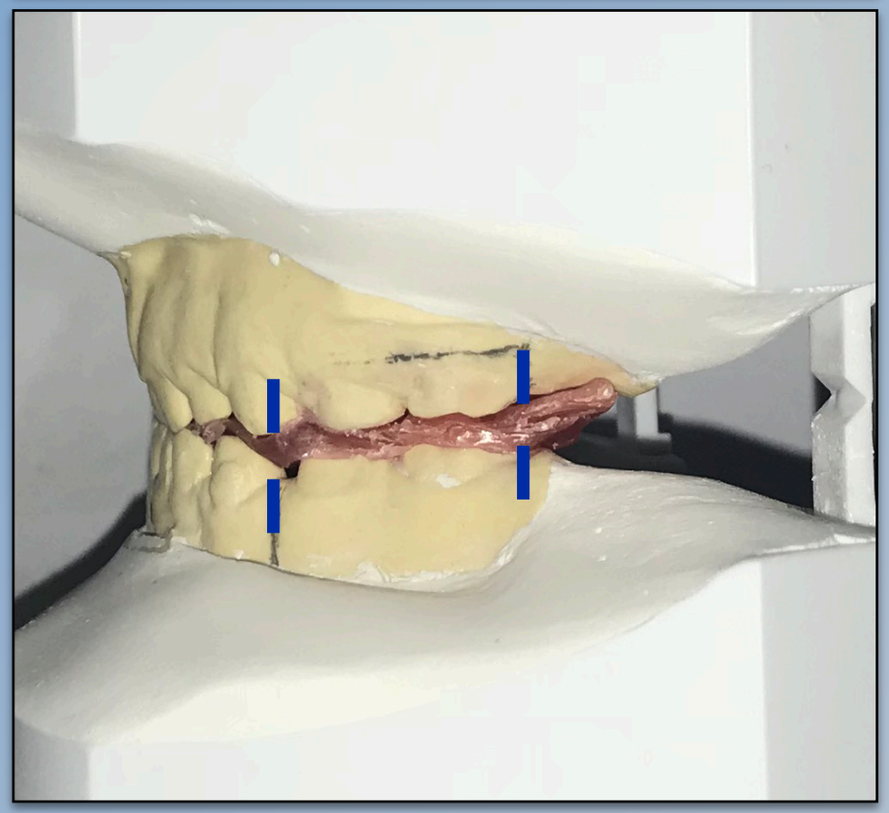
RE EVALUACION

- 10 de Mayo de 2018



DERECHA

- Plano post lácteo: pasó de mesial a recto.
- Relación canina: normal.
- rebase: pasó de negativo a but a but.



IZQUIERDA

- Plano post lácteo: pasó de mesial a recto.
- Relación canina: normal.
- rebase: pasó de negativo a but a but.

LUEGO DE LA RE EVALUACION DECIDIMOS:

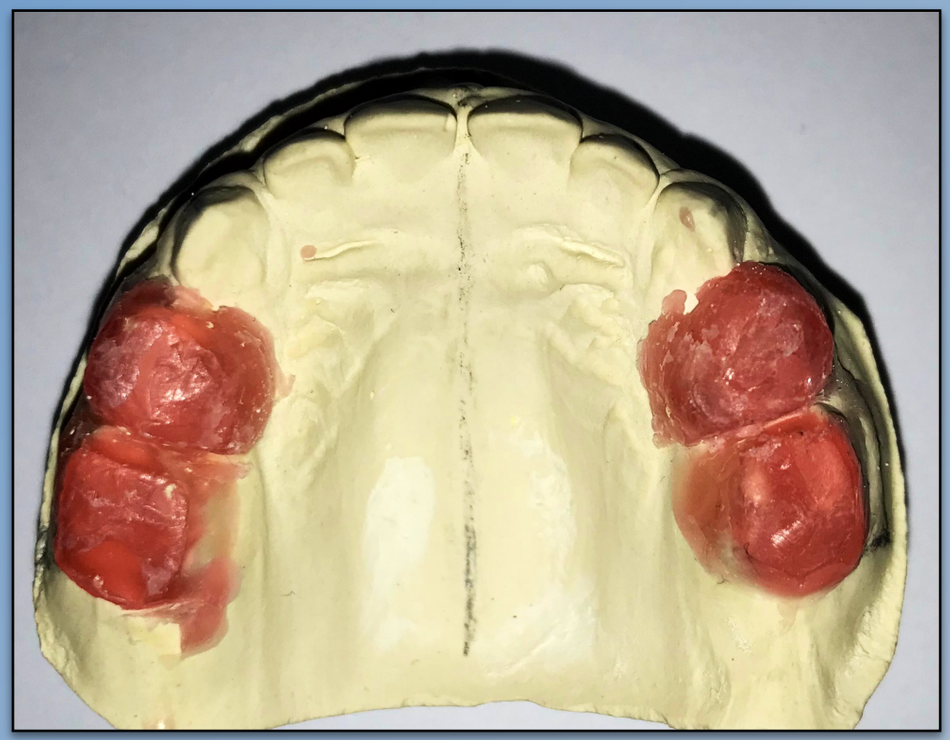
- Pistas directas, rehacerlas por el método indirecto,

  respetando el plano oclusal paralelo a Camper propio de la paciente

- Buscar la isodaquia para referenciar al aparato masticatorio, acorde a la edad de la paciente.

CONFECCIÓN DE LAS PISTAS POR METODO INDIRECTO

- 10 de Mayo de 2018





- Encerado de Pistas.
- Duplicado de Modelo.
- Estampado de Placa.

INSTALACION

- 10 de Mayo de 2018











- Pistas Directas (55-54-64-65), método indirecto paralelas a Camper.
- Pista Directa en 84 para que logre contacto.

CONTROL

- 12 de Julio de 2018











- Pistas directas método indirecto en maxilar superior.
- Equilibrado de las Pistas.

- 13 de Setiembre de 2018











- Pistas Inferiores para fijar y centrar la mandíbula.

EVOLUCION

- 10 MESES DE TRATAMIENTO.





















EVOLUCION

INICIO



10 MESES DE TRATAMIENTO.



La reducción temprana del prodeslizamiento a través del RE1, con el apoyo de la terapéutica con Pistas Directas, evita la instalación de un síndrome de clase III al eliminar los estimulos contrarios al desarrollo normal del aparato masticatorio y permitir que este se exprese según el potencial individual de cada paciente. Puede realizarse como único tratamiento o constituirse en una primera etapa facilitando las intervenciones futuras si fueran necesarias.

dr.claudiosuarez@gmail.com