RECIBIDO: MARZO 2024
ACEPTADO: MAYO 2024

CASO CLINICO

Tratamiento del sindrome de Clase II con supragnacia , sobremordida y asimetria de base de craneo (Deckbiss)

Class II syndrom treatement with surpragnathia , overbite and craneal base asymmetry (Deckbiss)

Mariana Burgueño
Dra en odontologia UDELAR- Uruguay
Egresada Especialidad en Prevención y Ortopedia IUCEDDU- Uruguay
email: dra.marianabg@gmail.com

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

AGRADECIMIENTOS : Dras W. Haller, I. Poggi por la supervisión del caso clinico.

DOI 10.52887/RUOO/V7N1.6



- Fecha de Nacimiento: 20/08/2005
- Edad: 7 años 8 meses
- Sexo: masculino
- Motivo de consulta: le sugieren la consulta “porque necesita aparatos”.
- Madre biotipo braquifacial simple vista presentan rasgos muy similares
- Embarazo: Normal a termino
- Parto: normal. Gestacion: 40 semanas.
- Peso al nacer: 2. 850 kg Único hijo
- Alimentación: pecho hasta el año, biberón hasta los 2 ½ años

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

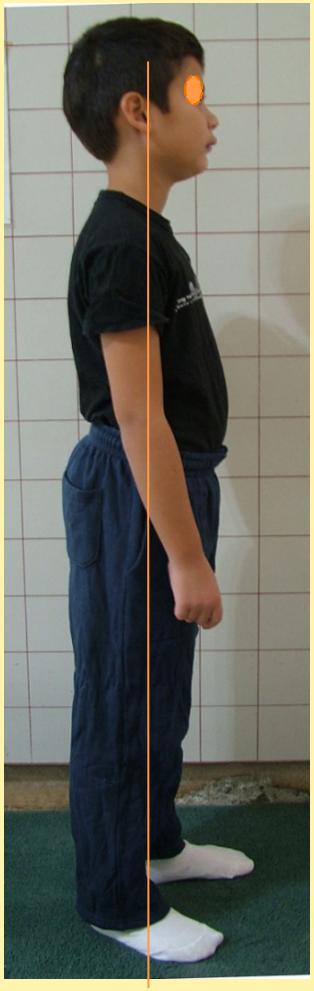
Desarrollo psicomotriz

- Sostén cefálico: 3 meses
- Se sentó: 6 meses
- Primeras palabras: 1 ½ años
- Camino: 11 meses
- Controlo esfínteres: 1 ½ años

- Erupcion dentaria: 1er diente inf 11 meses
  molar 6 a los 6 años comenzó recambio anterior pero con coexistencia.

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

Presenta una actitud postural lordótica





•Actitud postural escoliótica

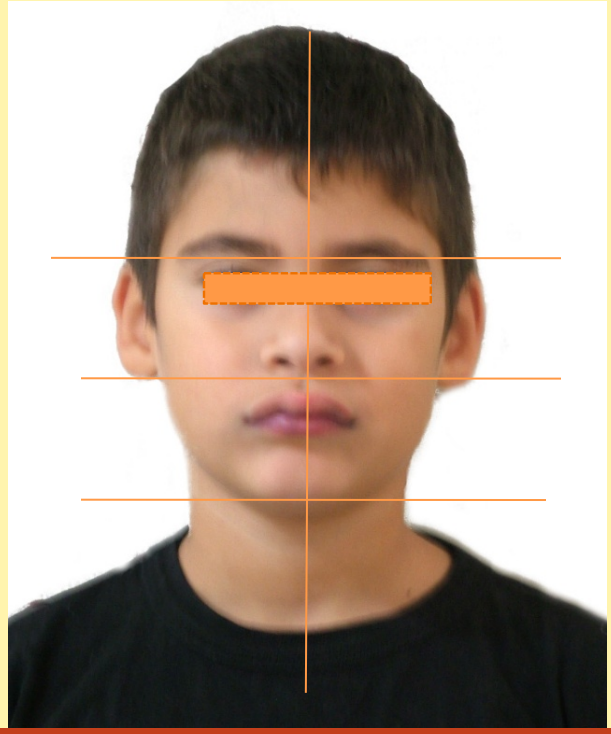




DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

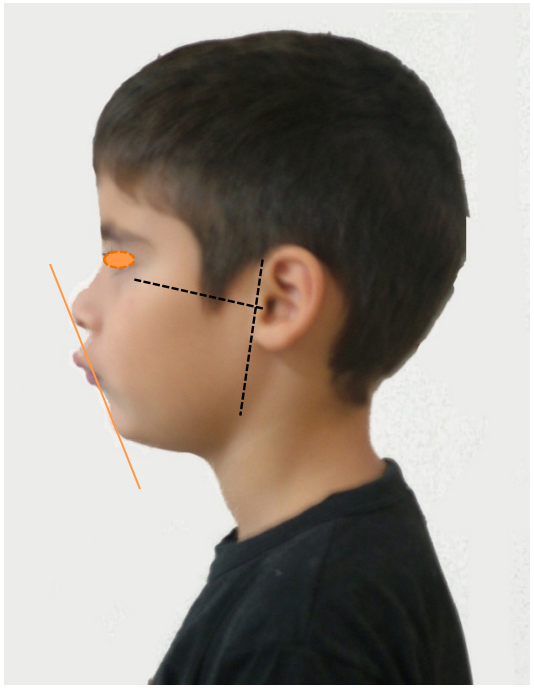
Examen Craneo-Facial

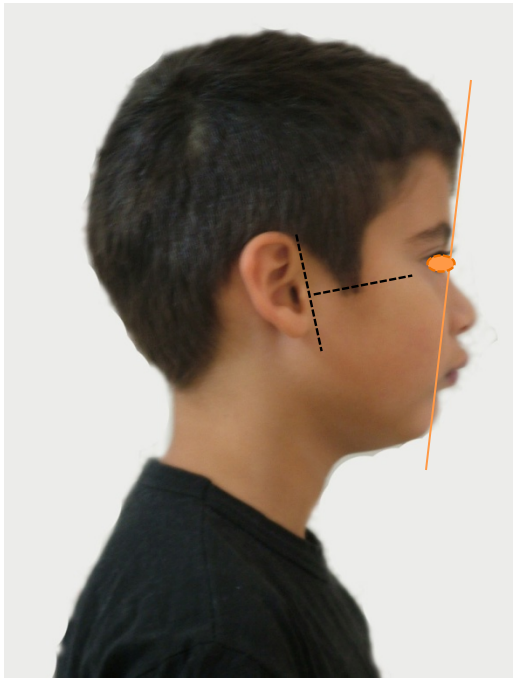
- Cara biotipo craneofacial: braqui
- Tercios faciales: inferior disminuido
- Presenta asimetria:desvio del menton a derecha



DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

Perfil





•Labio superior e inferior Protruido, el inferior evertido
•Perfil convexo,
•mentón retruido
•Angulo naso-labial cerrado
•Surco labio-mentoniano marcado
Si bien presenta competecia labial no es el adecuado es un cierre forzado

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

Examen bucal



Primera dentición
Max sup cuadrangular y con buen desarrollo basal
Diastemas antero superiores

IHOS: 1
Ceo: 0









Mordida cubierta
Lineas medias dent no coinciden
Disto oclusion canina

Arcada inferior sin diastemas ni espacios simiescos. Comienza recambio anterior

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

EXAMEN FUNCIONAL

- Presenta permeabilidad nasal mayor lado izquierdo
- Masticacion: a predominancia lado derecho

Presenta mucha dificultad para realizar los movimientos tanto de lateralidades como de protrusion.

- Trayectoria en el cierre de reposo a maxima desvía atrás y a la derecha.
- ELIO mayor lado derecho
- Lateralidad: paciente no la puede realizar

ESTUDIOS DE MODELOS

Primera dentición, buen desarrollo basal superior

Vertical-mordida cubierta 6 mm.
Transversal- no coinciden lineas medias dentarias.
No se observan en oclusion
las piezas dentarias inferiores

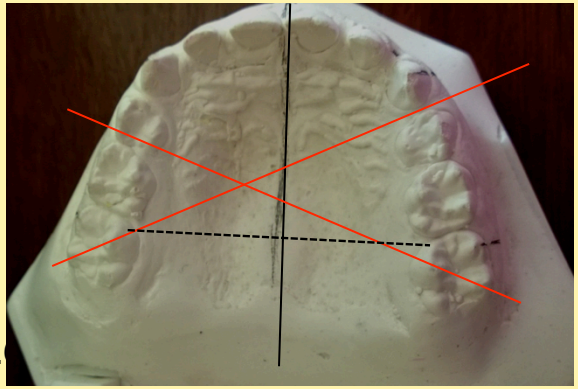


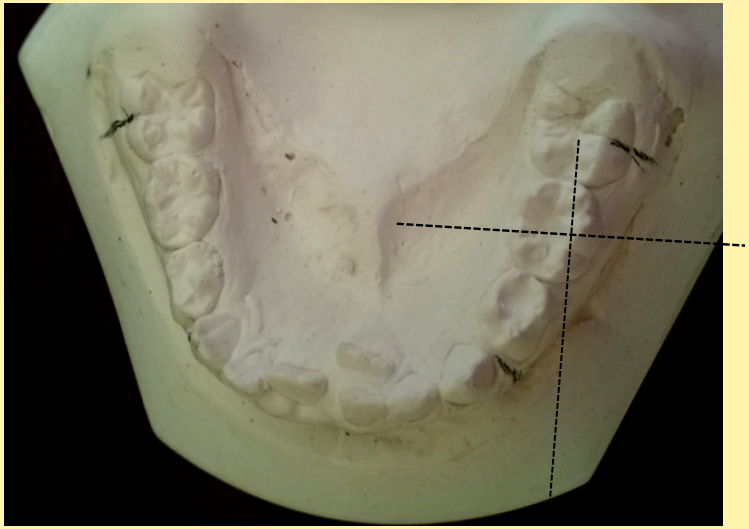
DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

ESTUDIO DE MODELOS

- Aislados Superior.

- ✓ 12 piezas
- ✓ Arcada cuadrangular Braquignacia
- ✓ Presencia de diastemas generalizados
- ✓ Simétrica
- ✓ Coinciden líneas medias ósea y dent
- ✓ Retroinclinación de incisivos
- ✓ Molares mesio rotados (mas marcada en 2





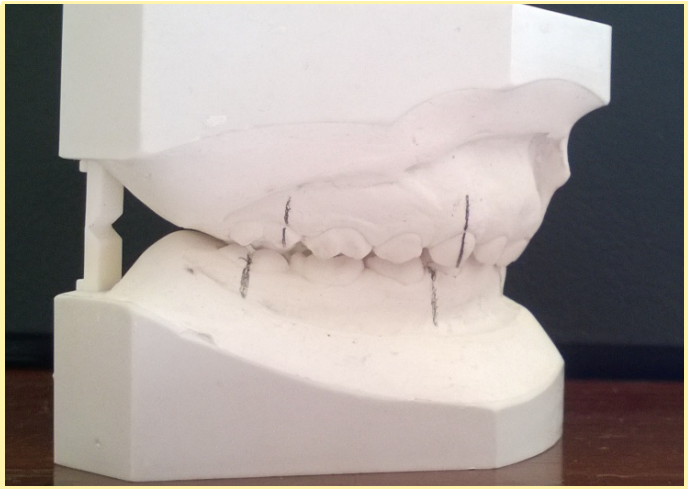
Aislados Inferior.

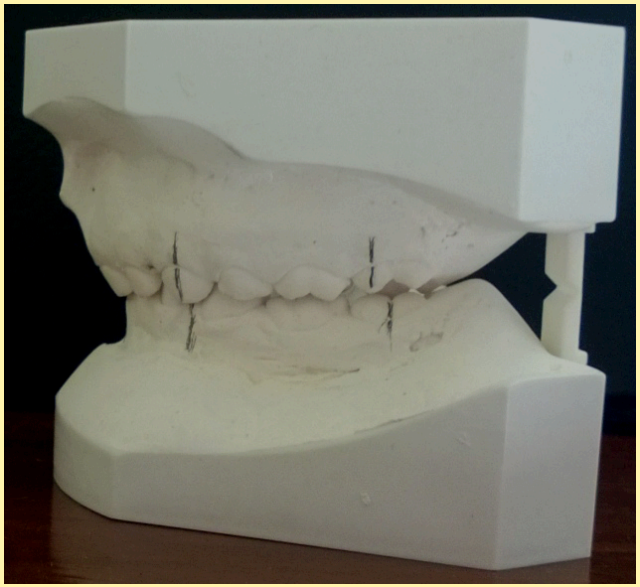
13 piezas 1 coexistencia
Cuadrangular. Simetrica
Linguo-posición 31
No presenta diastemas

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

ESTUDIO DE MODELOS

Disto-oclusion canina
Clase II molar

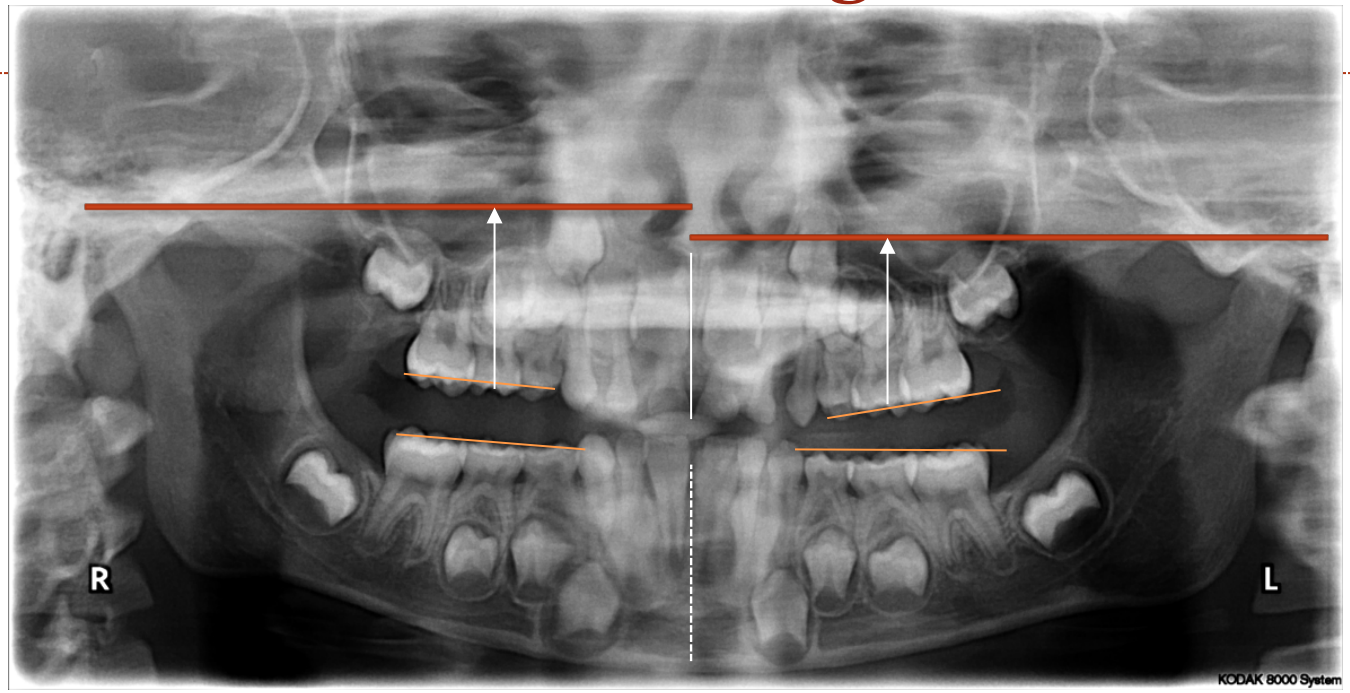




Disto-oclusion canina y clase II molar
Retroinclinacion de incisivos superiores

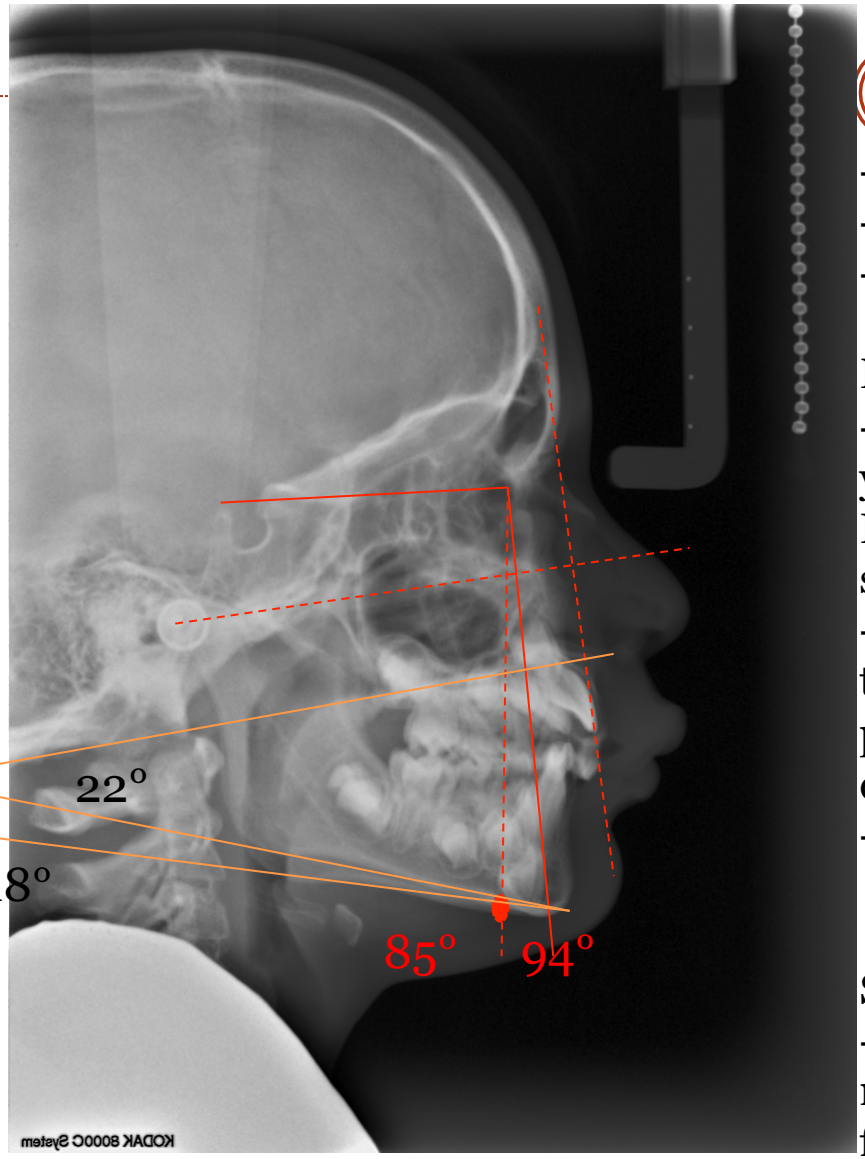
DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

Examen Radiografico



Buen desarrollo de los orificios piriformes pero obstruidos
Asimetria BC mas alta lado derecho
Desvio del tabique al lado derecho
Mayor elio lado derecho, sin embargo (por flecha blanca) el lado mas cerca de Camper es el izquierdo (excepciones a las leyes de Planas)
Mayor desarrollo en ancho de la rama izquierda.

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

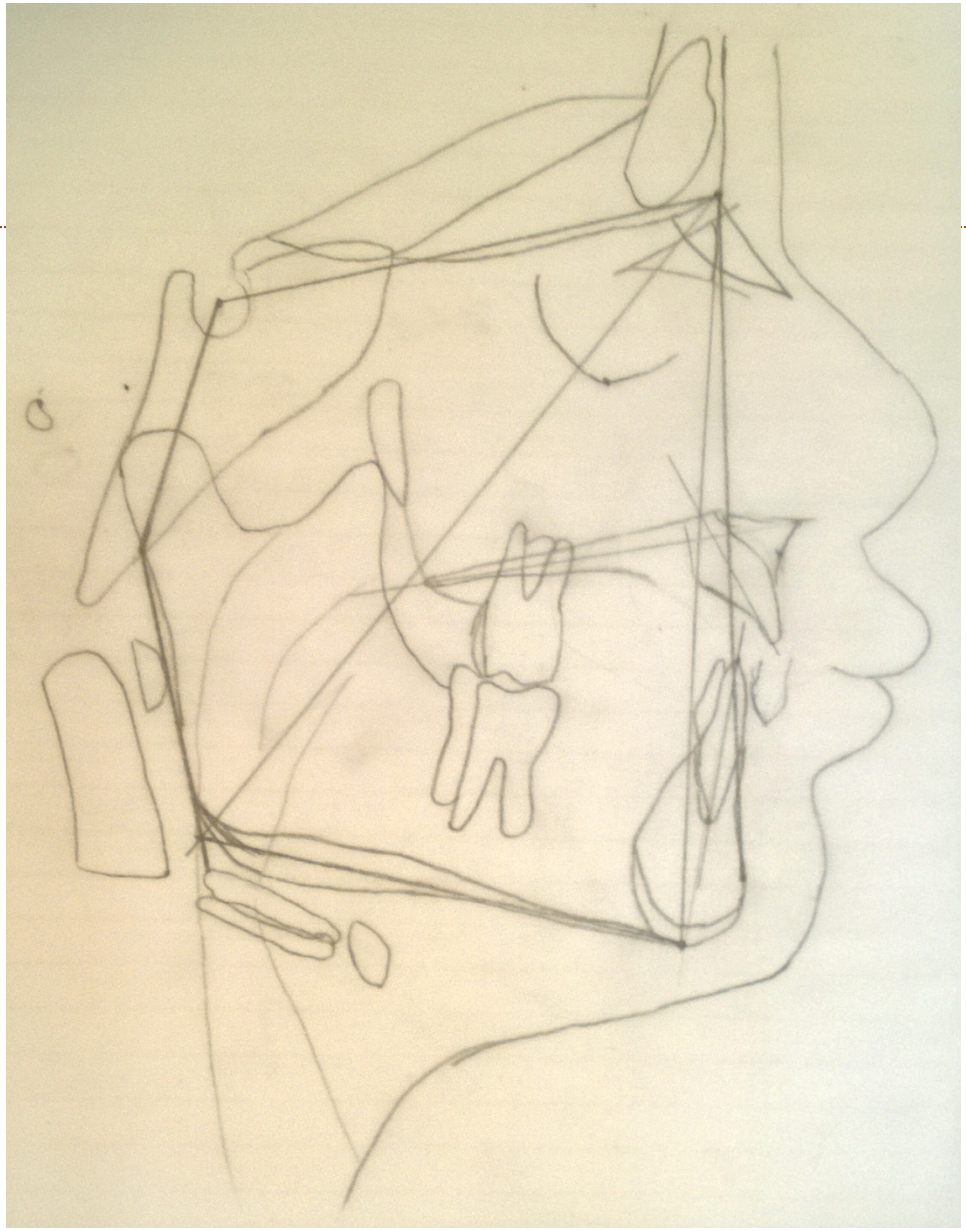


-Doble borde inferior mandibular
-Buen desarrollo de senos maxilar y frontal
-Pasaje via aerea faríngea disminuido

DELAIRE
-El max sup muy adelantado con BCA para la edad y mandíbula levemente posicionada adelante. Por lo tanto la clase II esqueletal a predominio superior.
-Además el cuerpo mandibular según Bjork tiene buen potencial y se proyecta 1/1 a los 11 años por lo que tenemos que esperar una resolución del caso en biprotrusion esqueletal
-En línea punteada roja en Mc Namara solo se mide Pog porque A no existe aun.

SCHWARZ
-Tiene 2 ángulos de divergencia basal , uno en norma y el otro disminuido :Asmetria morfo funcional

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6



Bjork jarabak	Norma	Paciente
Ang Silla	123	120
Ang Articular	143	152
Ang goniaco	130	114/110
Goniaco sup Goniaco inf	52 a 55 70 a 75	51 63
Suma	396	386
Long base anterior	71	71 proy 74
Long cuerpo mandibular	71	69 Proy 74.5
Altura facial anterior	105-120	104
Altura facial posterior	70-85	74
Relación	62-65	71
Base craneal posterior	29-35	36
Altura rama	39-49	42/46

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

Sintesis Diagnostica

- Facial: asimetría facial por desvío del mentón funcional al cierre
- Esqueletica: Bjork-Jarabak: Biotipo braqui, asimetrico, crecimiento rotacional asimetrico en el rango de la normodivergencia basales y cav glenoideas adelantadas.
- Longitud cuerpo mandibular con la base craneal anterior normal.

  Clase II esqueletica. A predominio superior segun Delaire
- Funcional: actitud postural escoliotica y lordotica

  Respiración mixta alteración respiratoria crónica por pólipos.

  Masticacion: no realiza correctamente la masticación mandíbula esta “encajonada”.No hay PO funcional
- Dentaria: Clase II dentaria con sobremordida dentoalveolar

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

Plan de tratamiento

- Lograr una guia anterior funcional y una correcta función masticatoria: Para eso hay que funcionalizar el PO y reorientar el crec del max sup y permitir al expresión del potencial de crecimiento mandibular, mantenerse en el rango de la normodivergencia .Simetrizar la base de craneo.
- Terapeutica

-Pistas Directas de Planas para funcionalizar el plano oclusal posibilitar una función oclusal en isodaquia de acuerdo a la edad

- Regulador de Frankel I con mesa de mordida total (para controlar la sobremordida dentoalveolar y escudillos inferiores para posibilitar el cierre labial y asi organizar el triple cierre oral.

-Activador esqueletizado Iuceddu con escudillos antero inf

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

Tratamiento

inicial







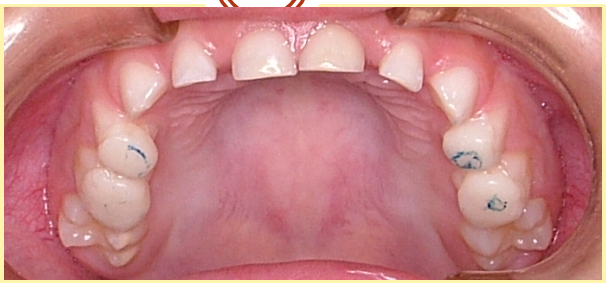






DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

18/04/2013
Comienza tratamiento con pistas directas (PD)
Paralelizamos a Camper y levantamos la oclusion











DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

04/07/2013
Se instala Frankel I
con mesa de mordida para el control de la sobremordida dentoalveolar



DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

Frankel en boca







DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6



DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

21/11/2013

Continua con PD
Equilibrado de las mismas



Se observa desarrollo de la premaxilar debido a la funcion y al recambio dentario.









Normo oclusion debido a la posibilidad de expresarse anteriormente a la mandibula por la funcionalización d el plano oclusal

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6



21/11/2013

Continua con Frankel I
Se coordina para
extender la mesa de mordida
Para ir controlando la erupcion
de los incisivos centrales
permanentes
y remodelando la
alveolar antero superior



DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

19/12/2013
Se extiende mesa de mordida
Para control anterior





DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

05/06/2014
Control continua con Frankel I
Equilibrado pistas directas






DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

07-08-2014
Control PD





09-2014
Control de PD





DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

18/12/2014
Se controla y equilibran PD
Cambio de aparato para un activador con escudillos retrolabiales inferiores





Mordida constructiva con toque incisivo para activar reflejo de relajacion de los musculos elevadores y lograr asi el desarrollo dentoalveolar vertical del sector posterior (Poggi I.)

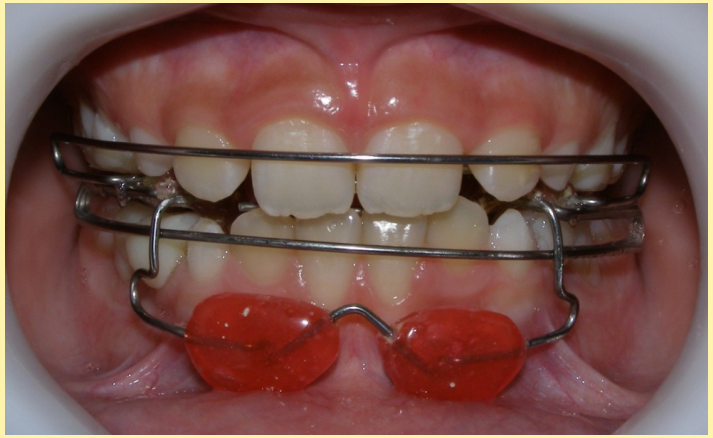
DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6





19/03/2015i
Se instala activador con escudillos retrolabiales inferiores con alivio de improntas a nivel posterior
Contacto incisal en la toma de la mordida constructiva para activar accion del reflejo de relajacion de los musculos de cierre (Poggi,I)

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6





23/07/15
Control Pistas directas
Control Activador

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

REEVALUACION

03-09-2015



-y rebase controlados







-lineas medias oseas y dentarias centradas

-normoclusion canina y molar

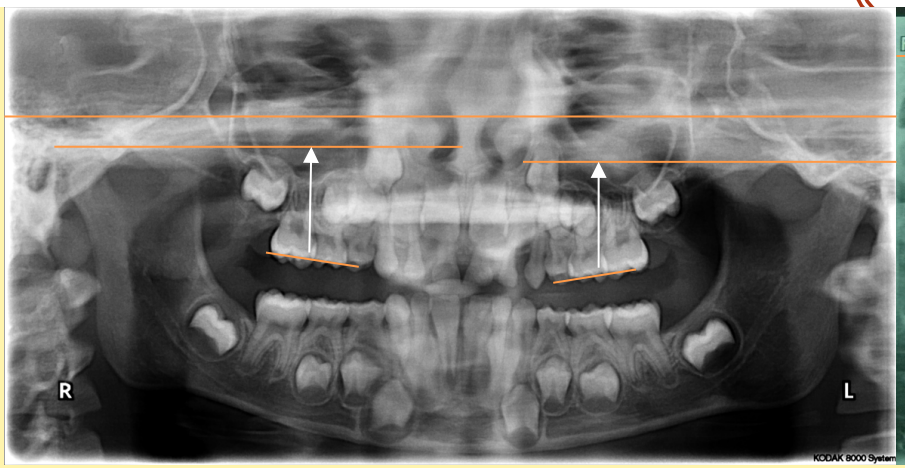


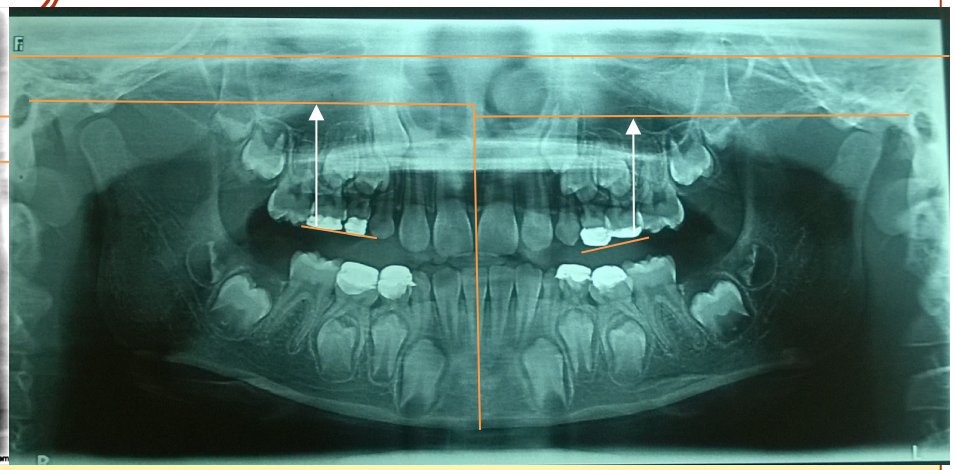
-se resuelve el apiñamiento antero inferior

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

2013

2015

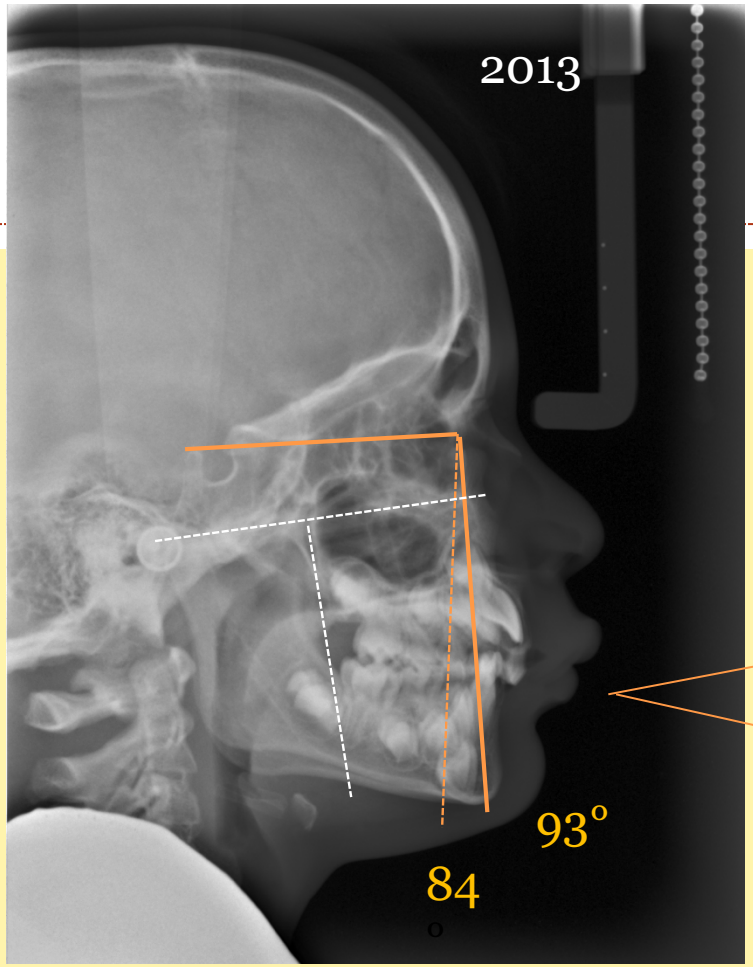


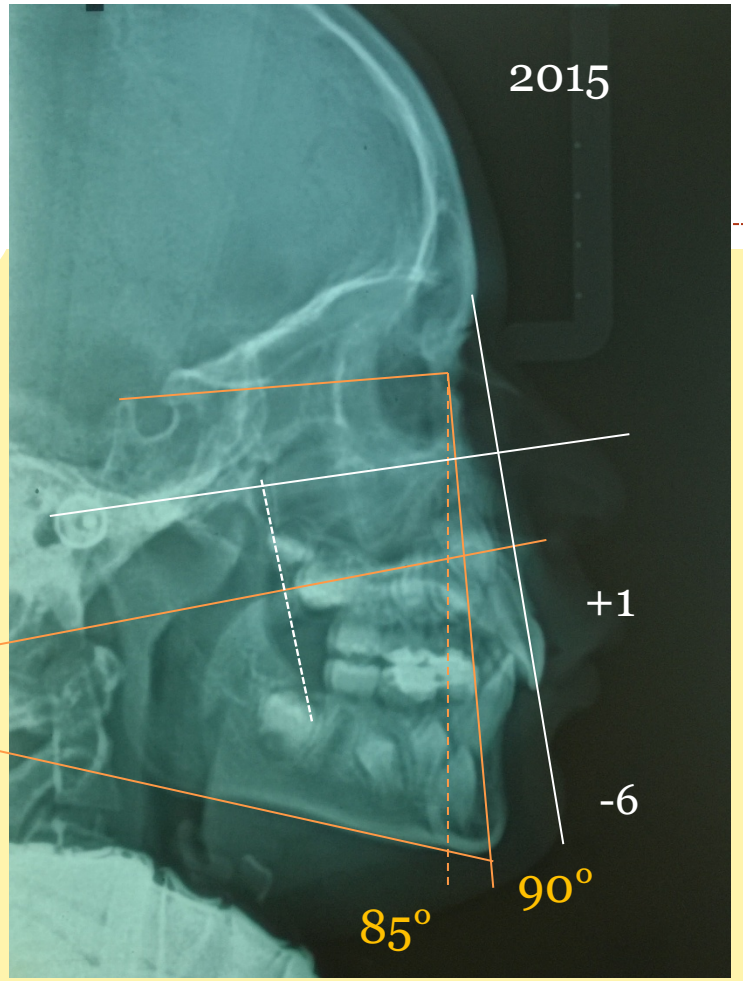


en la OPT postratamiento (2015) se observa:

-Se observa presencia de masa radio opaca en la zona de las narinas se asocia con polipos ya que el paciente es alergico y no ha sido resuelto por ORL
-**Mejora el ELIO** disminuye con respecto a la opt inicial y se equilibra
-S**e simetrizó** la altura de las cavidades glenoideas (base de cráneo)
-Linea media ósea inferior no coincide con la dentaria que está hacia leve a la izq
-Las flechas blancas muestran la **equidistancia del PO con Camper** lo que se da como resultado una masticación unilateral alternada o sea la simetrizacion funcional del caso

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6





en la Telerradiografia postratamiento(2015) se observa:

-Buen desarrollo mandibular ya sin doble borde inferior (simetrización)

-Normodivergencia interbasal

-Mayor amplitud en la via aerea faringea

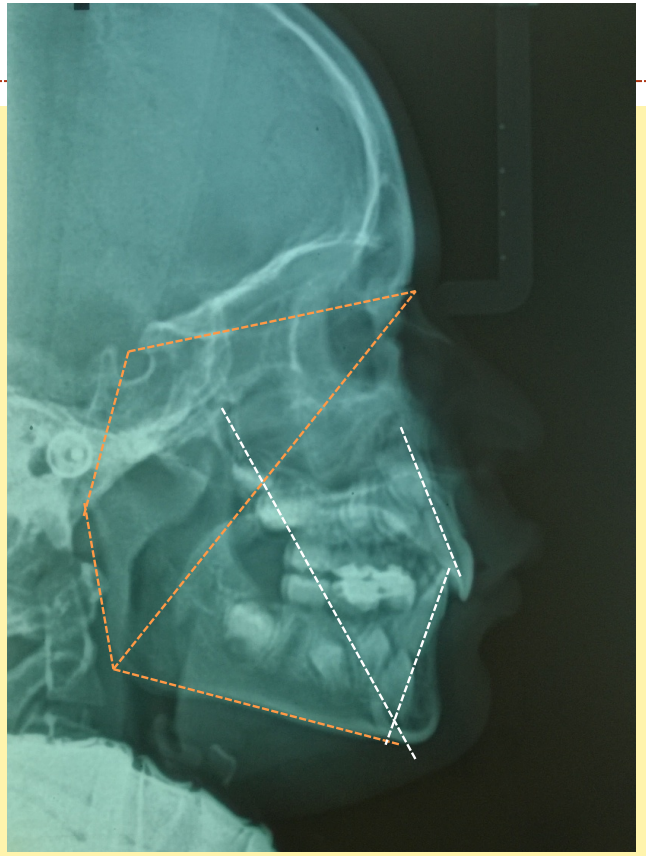
-S/ Delaire max sup protruido

-Punto A en la norma lo que significa que hay deficit premaxila

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

Bjork jarabak	Norma	Paciente 2013	Paciente 2015
Ang Silla	123	120	123
Ang Articular	143	152	157
Ang goniaco	130	114	114
Goniaco sup Goniaco inf	52 a 55 70 a 75	51 63	47 65
Suma	396	386	394
Long base anterior	71	71	72
Long cuerpo mandibular	71	69	74
Altura facial anterior	105-120	104	115
Altura facial posterior	70-85	74	77
Relacion	62-65	71	
Base craneal posterior	29-35	36	36
Altura rama	39-49	42	44

La suma de angulos de Bjork nos acerca mas a un biotipo meso (rx 2015)



Se corrobora que el cuerpo mandíbular tenia alto potencial del crecimiento que fue soportado por la protrusión del max superior

Inc sup ligera verticalización/ Inc Inf correcto

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

02/2016

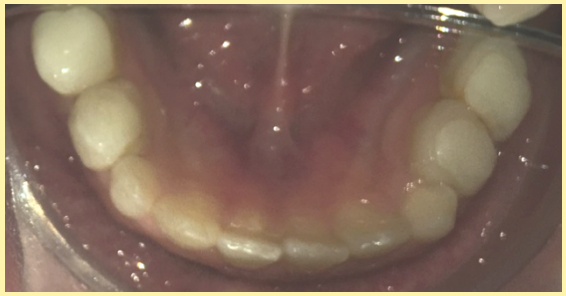
Continuación del tratamiento:

Se realizan topes en cingulos de incisivos superiores











DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

03/2016
Control de PD





DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

06/2016

Continua con topes en cingulos para soportar el recambio lateral y permitir el crecimiento dentoalveolar posterior por relajación de los musculos de cierre (Poggi I.)





DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

04-08-2016

Recambio lateral

Control de topes en cingulos









DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6



01-09-2016
Continua con los topes
en cingulos









DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

evolución de la actitud postural frente y perfil 2013-2015

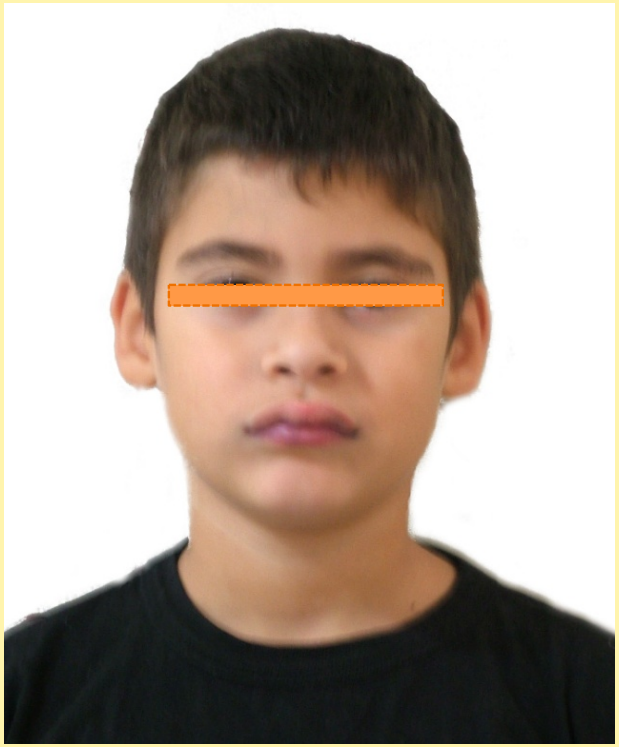


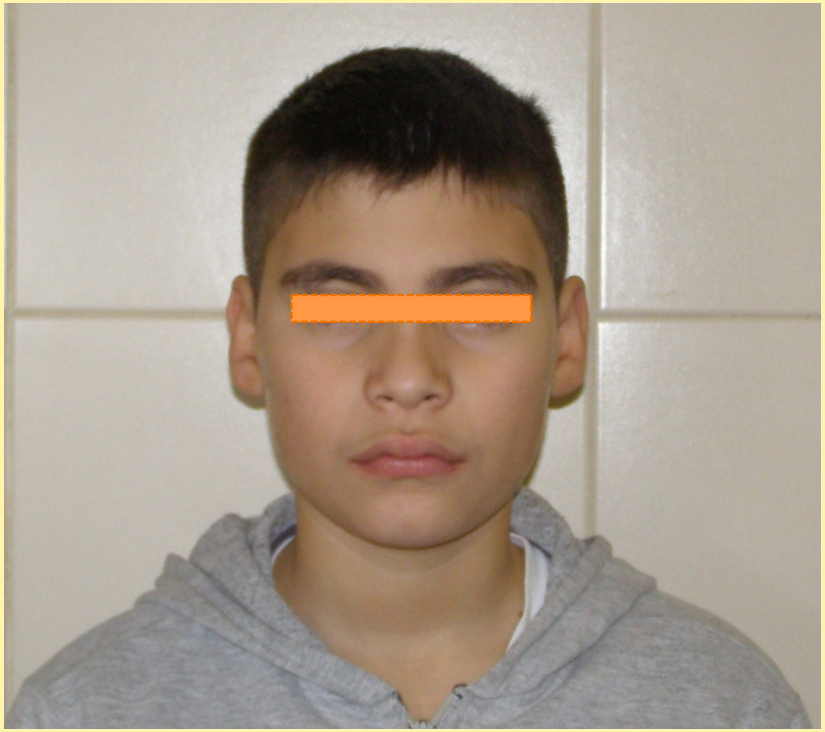


A nivel postural aun se observa una actitud postural escoliotica pero hay una mejoría en ambos planos desde el comienzo del tratamiento

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

Evolución craneo facial de frente 2013-2015

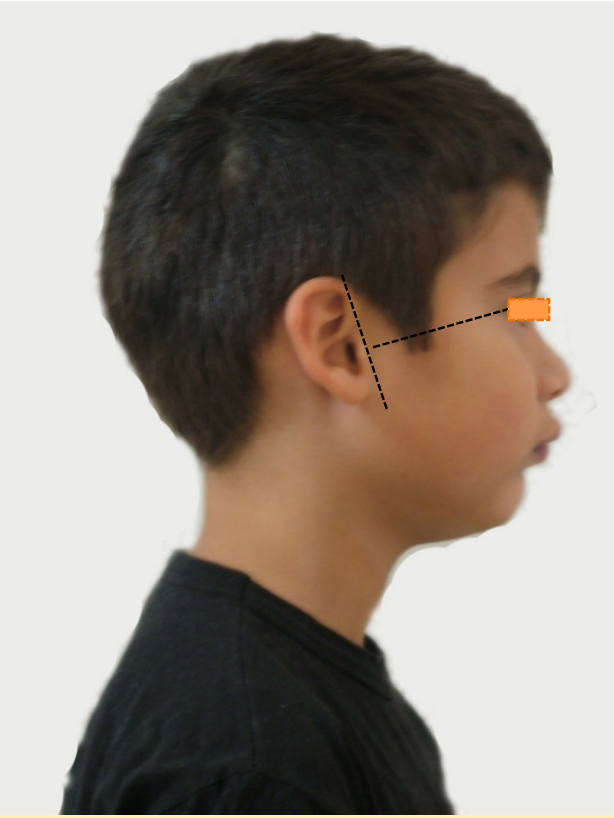




Se observa una **mejoría en el tercio inferior un buen desarrollo mandibular** a nivel posterior en la zona de maseteros y **un mejor cierre labial**

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

2013



2015



Persiste protrusión labio superiorr, se observa un mejor cierre labial
Crecimiento mandibular el ángulo cervico mandibular mas cerrado
Rotación temporal mas concordante despues del tratamiento

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

Comienzo 2013





2014





2015





2016





DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6

Conclusiones

Isabel Poggi Varaldo

Especialista en Ortopedia y Ortodoncia DMF -Udelar
Clinica de Prevención y Ortopedia -Iuceddu

1-importancia del diagnóstico diferencial temprano en ortopedia

2-intervención precisa sobre la estructura y la disfunción especifica, tratando de identificar la relación entre las mismas

3-intervenir siempre preservando las condiciones de normalidad que presente el paciente

4- intervenir procurando acercar al paciente a las condiciones de normalidad para su etapa de desarrollo para que el crecimiento y desarrollo se exprese dentro de mejores parametros

5- priorizar la funcionalización del plano oclusal y la simetrización estructural en especial del maxilar superior y la armonización intermaxilar

6-recurrir e insistir en la derivación oportuna a otras especialidades en caso de ser necesario pero también tener presente las posibilidades de nuestras terapeuticas mas allá de su acción sobre los maxilares

7- que cada etapa de intervención tienda a dejar al paciente en equilibrio morfofuncional , lo cual mejora el pronóstico en aquellos casos que abandonan el tratamiento y facilita a los que lo continuan hasta la conformación de la dentición pemanente.

DOI 10.52887/RUOO/v7n1.6