

Evolución del tratamiento temprano de un paciente clase II con insuficiencia respiratoria

Evolution of an early treatment of a class II patient with breathing insufficiency

Dra. Isabel Poggi*

Dr. Eduardo Sanchez Abalos**

Clínica de Prevención y Ortopedia IUCEDDU

inst.univ.ceddu@gmail.com

ORIGINAL: CASO CLINICO

RESUMEN:

Es frecuente la creencia de que los tratamientos de ortopedia son largos e infructuosos.

A través de este caso clínico de 3 años de tratamiento demostramos como el abordaje temprano de la anomalía y el control de los factores de riesgo constituyen la clave para colocar a nuestro paciente niño en condiciones morfofuncionales para un crecimiento armónico e integral.

La estabilidad de los resultados queda evidenciada por los controles luego de 4 años de finalizado el tratamiento.

PALABRAS CLAVES: Tratamiento temprano, insuficiencia respiratoria, actitud postural compensatoria, alteración del crecimiento maxilo facial.

SUMMARY:

It is frequent to believe that the orthopedic treatments are long and unsuccessful.

By this clinical case of 3 years of treatment we can demonstrate how the early approach of the disorder and the control of the risk factors are the key to put our patient in morphofunctional conditions for an harmonic and integrated growth.

The stability of the results is shown in the controls after 4 years of finishing the treatment.

KEY WORDS: Early treatment, breathing insufficiency, compensatory postural attitude, alteration of the maxillo facial growth.



BRUNO: 5 años, 6 meses

Iniciales: 06 de junio de 2007

* Profesora Clínica de Prevención. IUCEDDU. Práctica Privada, Montevideo - Uruguay.

**Especialista en Prevención Ortopedia y Ortodoncia Dentofacial IUCEDDU

Odontólogo del Servicio de Unidad de Prevención para la Salud – UPS - CODICEN. Práctica Privada, Durazno - Uruguay.

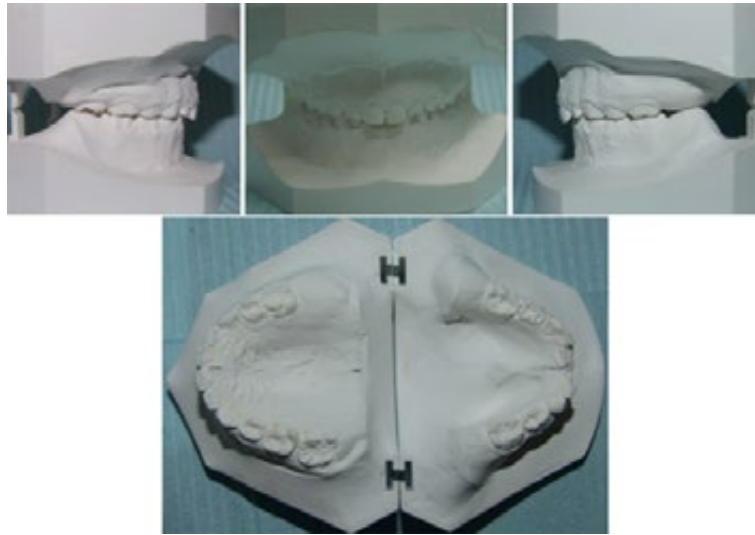


Iniciales: 06 de junio de 2007



Clase II dentaria
Sobremordida y apiñamiento anteroinf.
Trayectoria de retrusion al cierre
AFMP derecho mayor

Modelos de estudio



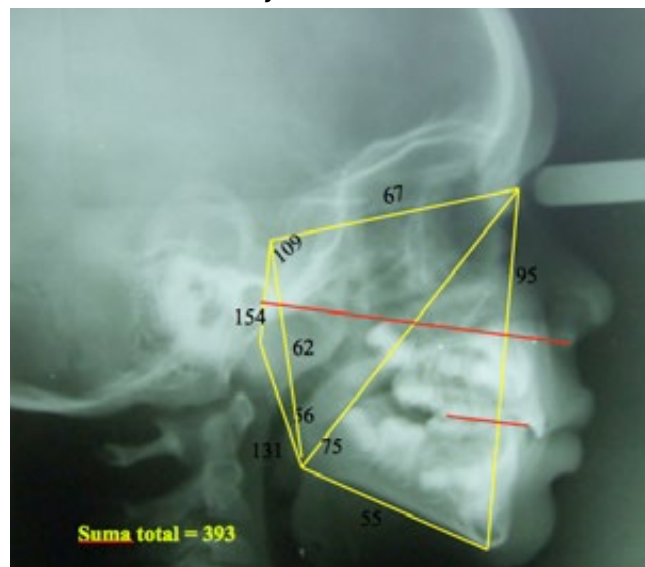
Ortopantomografía



28 de marzo de 2007. Elio mayor del lado masticatorio (izquierdo del paciente) con el AFMP menor y más cerca del plano de Camper.

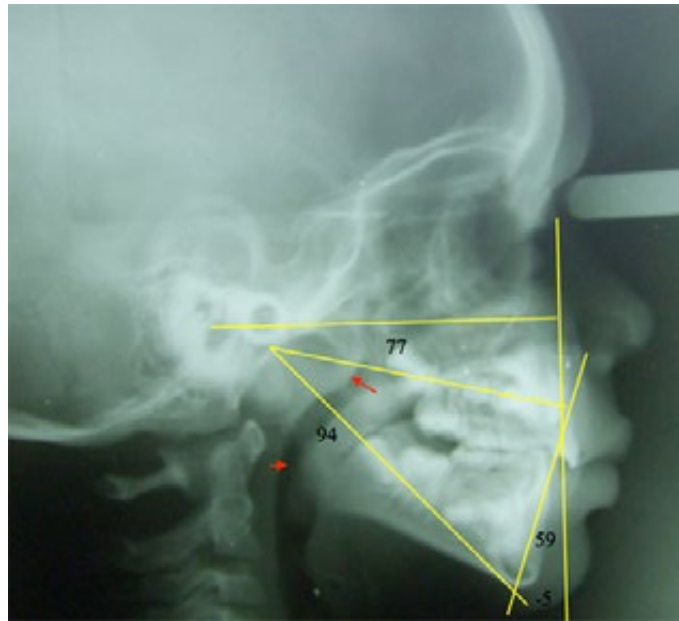
Telerradiografía inicial 28 de marzo de 2007

Bjork-Jarabak:



Angulo articular abierto tipico de los insuficientes respiratorios. El angulo de la base cerrado y el goniaco superior alto compensan el pequeño tamaño mandibular dando un perfil armonioso.

Mc-Namara:



Estrechez del cavum faringeo
y posición baja y colapsada
de lengua.

Altura antero inferior aumen-
tada y mandíbula pequeña
según las normas compuestas

Plan de Tratamiento:

- Interdisciplinario: Interconsulta con O.R.L.
- Preventivo: enseñanza, control de higiene y dieta.
- Disgnacia: Armonizar el crecimiento y desarrollo de ambos maxilares.
- Recuperar su funcionalidad.
- Permitir el crecimiento mandibular de acuerdo al optimo individual controlando la altura facial antero inferior.
- Lograr la guía incisiva durante el recambio dentario.

Medios terapéuticos:

- 1era. Etapa: Pistas Directas de Planas.
- 2da. Etapa: Aparatología funcional.

Realización de pistas directas:

13 de noviembre de 2013



Control de pistas: 15 de abril de 2008



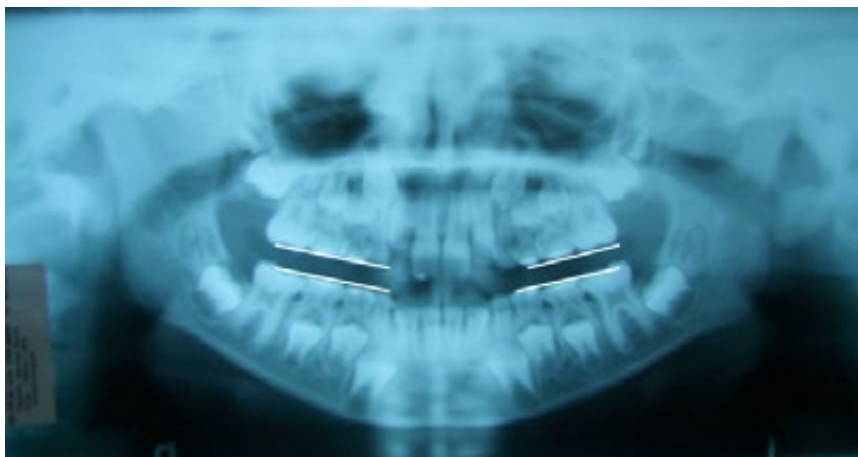
Se igualan los AFMP y se paraleliza el plano oclusal al plano de Camper.

Control: 22 de abril de 2009

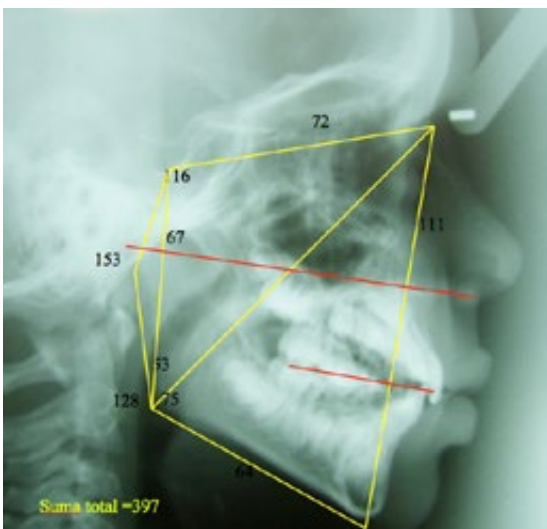




Buen desarrollo de los maxilares pero aun persiste apiñamiento antero inferior, sobremordida y clase II

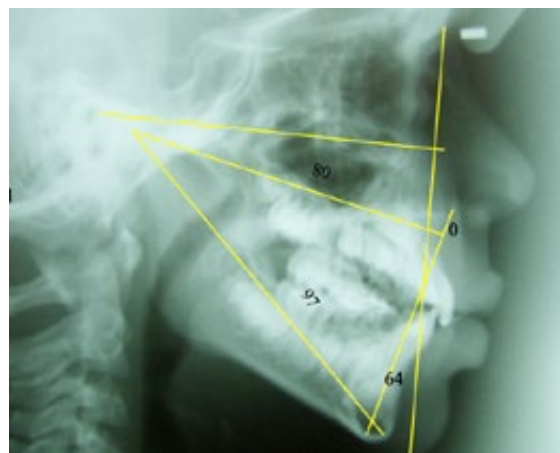


Ortopantomografía: Elios iguales. PO/PC paralelos y equidistantes, lo cual significa un buen pronóstico en el crecimiento y desarrollo maxilo facial.



Bjork-Jarabak:

Cierre del ángulo goniaco y mejor relación entre BCA y cuerpo mandibular por crecimiento de éste.



Mc-Namara:

A pesar de que persiste la hipertrofia adenoidea, hay aumento del cavum lingual logrado por las Pistas Directas. Mejora la postura de la lengua. El maxilar superior y la mandíbula están correctos según las normas compuestas por el crecimiento neto mandibular. AFAI aumentada por el espesor de las pistas directas.

Instalación de Fränkel I: 16 de junio de 2009



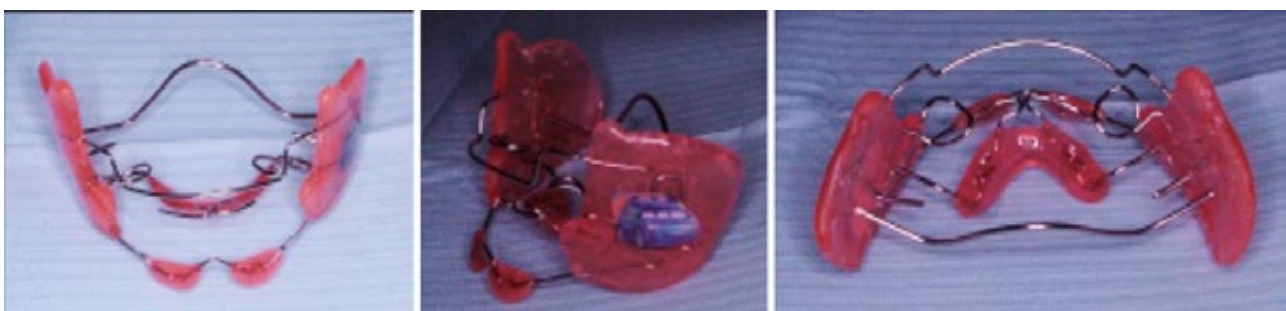
Instalación de aparatología:

16 de junio, 2009



RF I - Fränkel tipo I:

16 de junio de 2009



Control: 06 de octubre de 2009



Se llega a la Clase I canina con buen desarrollo oseo lo que alivia el apiñamiento dentario y asegura los corredores de erupcion para el resto de los gérmenes.



Control: 15 de diciembre de 2009



Control: 2 de marzo de 2010



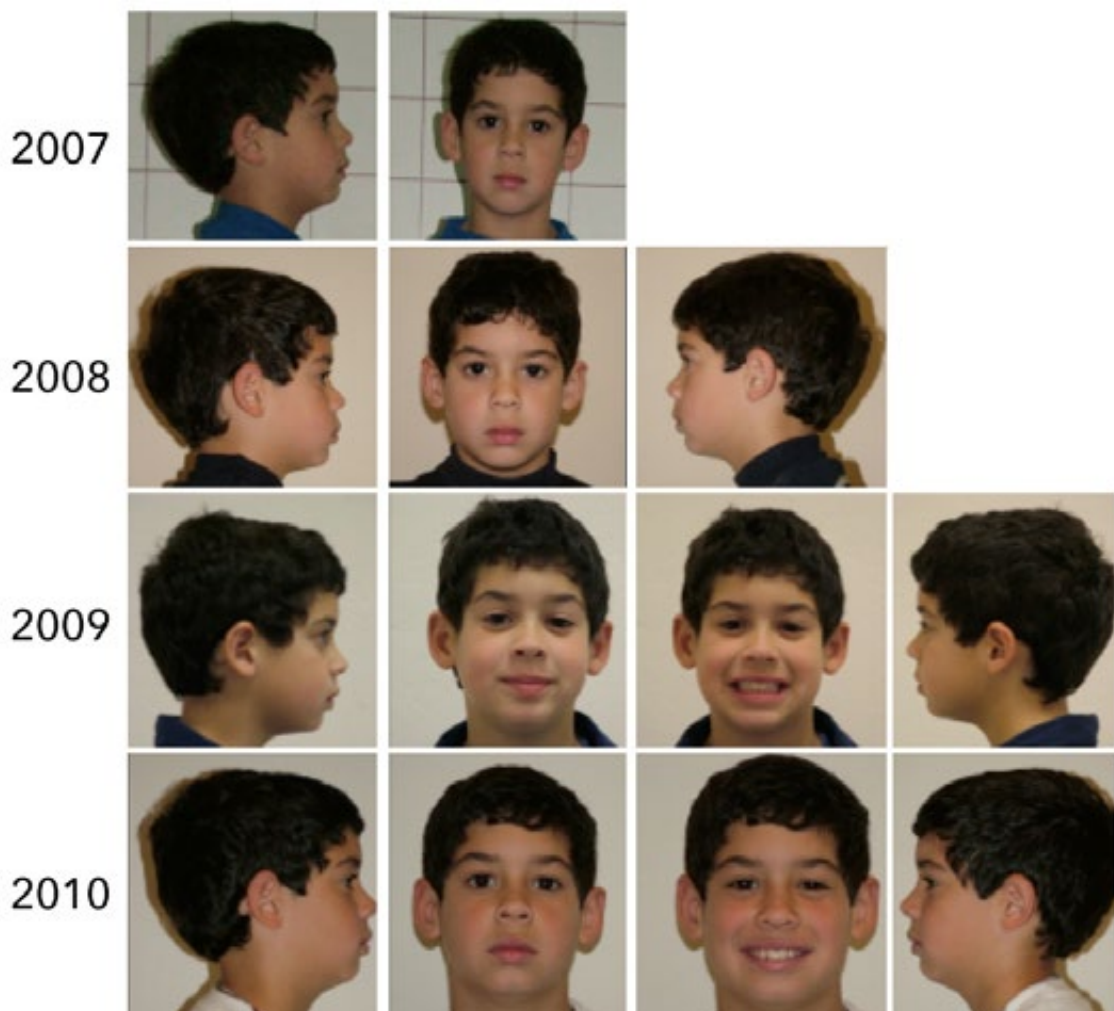
Si bien se logro la Clasel canina. y el apiñamiento mejoro ,aun persiste verticalizacion y sobremordida incisiva. Por este motivo se instalara una mesa de mordida total al RF1.

RF I con mesa de mordida: 06 de abril de 2010



La mesa de mordida total nos permite controlar la sobreerupcion y desarrollo dentoalveolar incisivo y aumentar los estímulos para el desarrollo de la altura facial posterior, permitiendo así equilibrar ambas alturas dando al rostro un crecimiento armonioso.

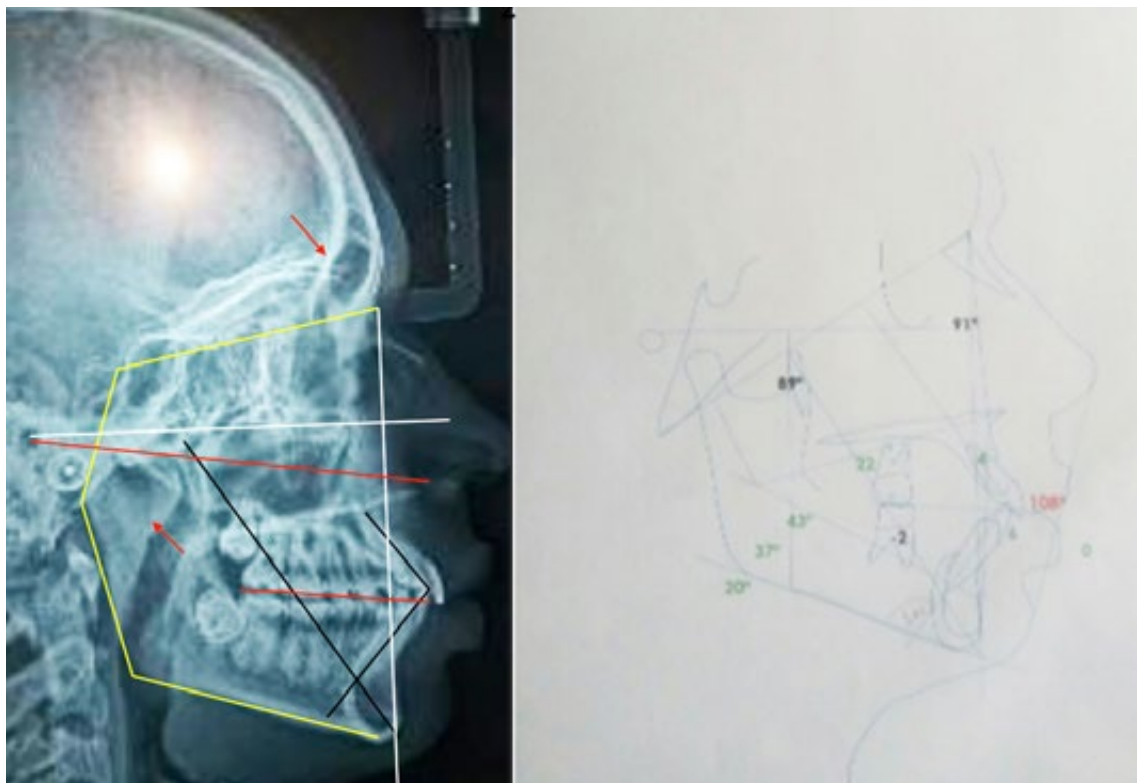
Control: 14 de diciembre de 2010





En el 2010 se retira la aparatología después de 3 años de tratamiento y se le da alta controlada hasta los 12 años. Se lo cita para realizarle un control a distancia.

Control año 2016

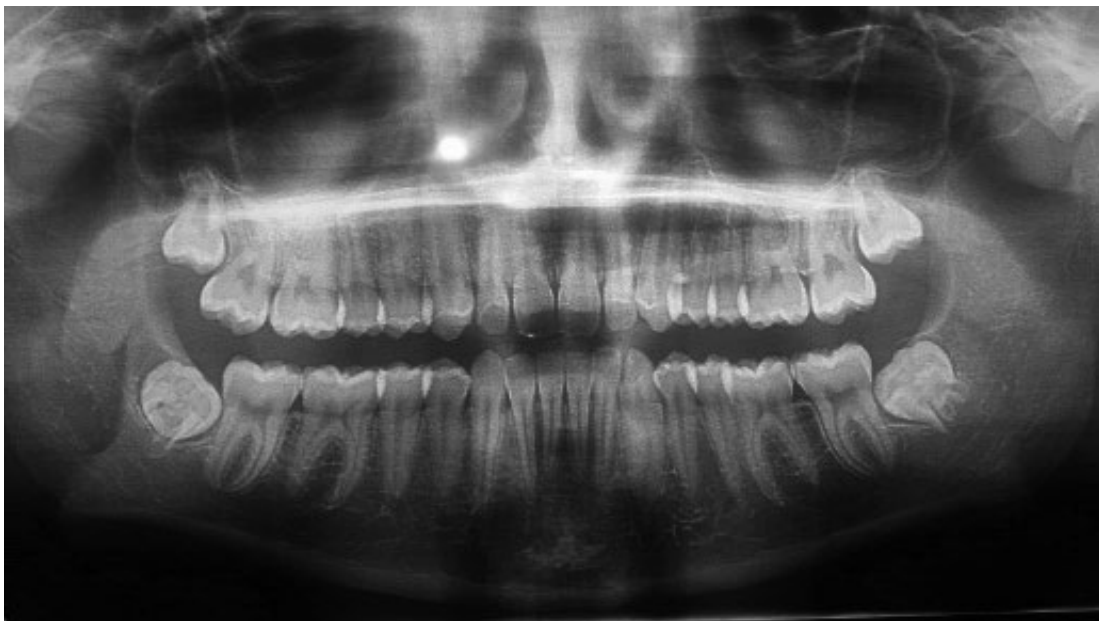


En la telerradiografía se observa la buena postura de la cabeza, cavum faringeo libre y desarrollo del seno frontal. Valores cefalométricos propios del biotipo, véase la pro inclinación incisiva pero que resulta correcta con el eje facial, la biprotusión maxilar. En los incisivos inferiores la proinclinación viene a compensar la escasa longitud alcanzada en el crecimiento del cuerpo mandibular con respecto al maxilar.

El ángulo de la base y el goniaco cerrados muestran un biotipo braquifacial. Orientación del plano oclusal aproximadamente paralelo al plano de Camper



En la OPT se observa mas espacio de erupción para los molares 8 del lado derecho superior e inferior.



Es fundamental el control de la evolución de l proceso eruptivo de los 3^{os} molares, ya que pueden ser un factor desestabilizador de la oclusión por corrimiento de los 2os molares quienes pueden constituirse en una interferencia que cambie el patrón masticatorio logrado en el curso del tratamiento.



Recibido: Julio 2016
Aceptado: Agosto 2016