

CASO CLÍNICO

TRATAMIENTO TEMPRANO DE DEFICIENCIA ESQUELÉTICA DEL MAXILAR SUPERIOR. REPORTE DE UN CASO

Astrid Giraldo¹. Alexandra Saldarriaga²

INTRODUCCIÓN

En pacientes con deficiencias anteroposteriores de tercio medio de cara, es muy importante establecer un diagnóstico temprano, ya que aquellos que han superado el pico de crecimiento, requieren necesariamente de cirugía ortognática, o de un tratamiento ortodóncico para realizar un camuflaje dental¹.

Los aparatos ortopédicos son una buena opción, para el tratamiento de estas deficiencias, pues estudios en animales han mostrado, que las fuerzas aplicadas tienen la capacidad de producir cambios sagitales significativos en el complejo craneofacial, con un desplazamiento anterior en el maxilar, lo cual se da por el aumento de la actividad celular en las suturas circunmaxilares².

Cuando los problemas de algunas maloclusiones están asociados al hueso alveolar, el tratamiento es menos complejo, pero cuando existe algún tipo de deformidad en el hueso basal, como una deficiencia maxilar o un sobrecrecimiento de la mandíbula, no responde fácilmente al tratamiento y tiende a recidivar³.

El objetivo de tratar a tiempo estas deficiencias es crear unas condiciones adecuadas para el desarrollo craneofacial y dentofacial del paciente.

En pacientes con deficiencias esqueléticas anteroposteriores del maxilar superior, se debe encaminar el tratamiento a desplazar el maxilar hacia una posición más anteroinferior, lo cual se puede lograr por medio de una máscara facial ortopédica, aparato diseñado por Delaire en 1971.⁴

La máscara facial es adecuada para tratar deficiencias anteroposteriores del maxilar superior, donde se necesita una fuerza no menor a 450gr; lo

que equivale a 12 onzas aproximadamente para cada lado y el uso es de 14 horas diarias como mínimo¹.

REPORTE DE UN CASO CLINICO

HISTORIA

Paciente de sexo femenino, 9 años de edad, remitida a clínica del escolar del Centro de Especialistas Sabaneta, para el tratamiento respectivo. No presentaba ningún antecedente de importancia en la historia médica.

EXAMEN

Al examen extraoral presentaba tercios y quintos simétricos, con un perfil ligeramente cóncavo, y con un mentón ligeramente prominente.

Intraoralmente, presentaba normalidad de todos los tejidos blandos, excepto encía y periodonto, en la cual tenía una gingivitis marginal generalizada.

Presentaba relación molar clase I derecha e izquierda, relación canina en desarrollo, línea media desviada hacia la derecha 2mm, esqueléticamente presenta una deficiencia en el desarrollo anteroposterior del maxilar superior y oclusalmente una mordida borde a borde entre los incisivos centrales. (Foto 1, Foto 2.)

Se encontró buen espacio en los arcos superior e inferior, sin presencia de apiñamientos.

ANÁLISIS RADIOGRÁFICO

Al análisis cefalométrico, se encontraron algunas medidas alteradas. El ángulo SNA y ángulo de la Convexidad estaban disminuidos, la distancia punto A a perpendicular en nasión aumentado y la longitud mandibular superaba ligeramente el valor promedio (Tabla 1).

1 Estudiante de odontología, X semestre CES

2 Odontóloga CES, Odontopediatra CES, Docente de Pregrado y Postgrado CES

ANÁLISIS ESQUELÉTICO	Promedio	D.S.(+/-)	Med.
Longitud maxilar	82.4mm	2.4mm	78mm
Punto A a perpendicular en N	1.1mm	3.3mm	7mm
Angulo S-N punto A (SNA)	82.3°	3.7°	72°
Longitud mandibular (Cn-Gn)	105.3mm	3.7mm	106mm
Angulo de convexidad (N-A-Po)	9.6°	3.8°	2°
Distancia 41 a línea A/pogonión	3.2mm	1.7mm	4mm
Angulo 11 a línea S-N	103.4°	8.6°	103°

DIAGNÓSTICO

Maoclusión esquelética clase III asociada a un hipoplasia maxilar con deficiencia del tercio medio.

PLAN DE TRATAMIENTO REALIZADO

A la paciente se le instaló una máscara facial por tres meses. Se colocó como anclaje intraoral una barra transpalatina con extensiones laterales por vestibular (Foto 3), para la colocación de elásticos 3/8 a cada lado, los cuáles ejercían una fuerza de 14 onzas.

Finalmente se logró un overjet de 2.5mm (25%) y un overbite de 3mm (30%). (Fotos 4, 5, 6, 7, 8).

DISCUSIÓN

Es importante establecer un diagnóstico temprano en los pacientes, que están en crecimiento, ya que debemos aprovechar todo su

potencial, para poder modificar el patrón de crecimiento anormal que se está presentando, y de esta manera ofrecerle al paciente la posibilidad de tener un desarrollo armónico de los maxilares. En caso de existir problemas transversales se puede colocar un aparato de

expansión palatina, como anclaje.

Finalmente es importante el período de retención, una vez se retira la máscara facial.

Para que se den buenos resultados en el tratamiento, hay un factor muy importante que es la colaboración del paciente, lo cual se puede lograr con una buena motivación, factor que en este caso tuvo gran influencia.

BIBLIOGRAFÍA

1. Stagers Julie, Germane Nicholas, Legan Harry: Clinical considerations in the use of protraction headgear. 1992, JCO February, 26: 87-90.
2. Gabriel Omar, Magro Adriana, Capelozza Leopoldino: Early treatment of the class III malocclusion with rapid maxillary expansion and maxillary protraction. 1998, Am J Orthod Dentofac Orthop, 113: 196-203.
3. Hyoung Baik: Clinical results of the maxillary protraction in korean children. 1995, Am J Orthod Dentofac Orthop, 108: 583-92.
4. McNamara James A. Tratamiento Ortodóncico y Ortopédico en la Dentición mixta. 1ª. Ed Estados Unidos: Needham Press 1995:97-117.

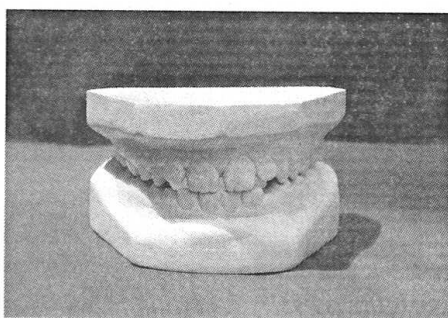


Foto 1

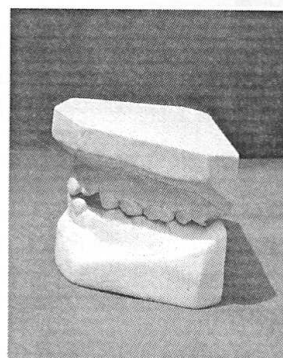


Foto 2

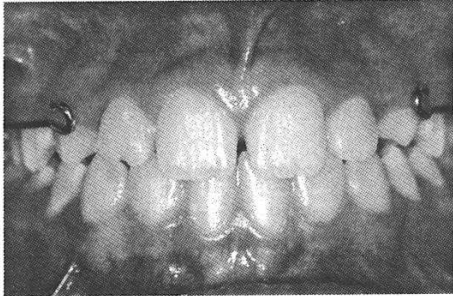


Foto 3

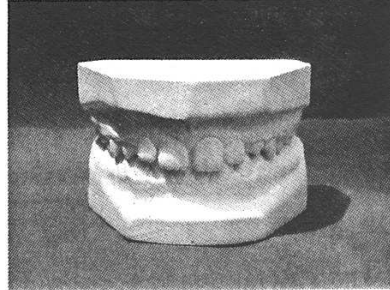


Foto 4

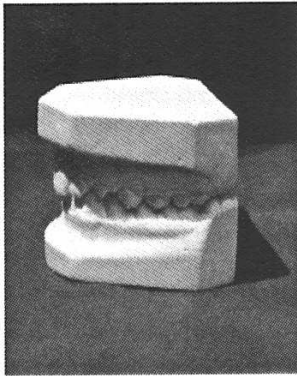


Foto 5

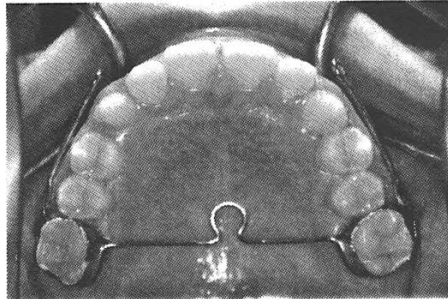


Foto 6



Foto 7



Foto 8