

Respirador Bucal, tratamiento de apiñamiento severo sin extracciones - Caso clínico

[HOME](#) > [ARTÍCULOS PUBLICADOS](#) > [AÑO 2012](#) >

- **Angélica Mendoza** residente del segundo año de la maestría de Ortodoncia y ortopedia maxilofacial del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia CESO
- **Dra. Beatriz Gurrola Martínez** profesor del CESO y profesor de carrera de tiempo completo Titular "C" en la FES Zaragoza.
- **Dr. Adan Casasa Araujo** profesor de clínica y director del CESO.

Para efectos de referencia bibliográfica este trabajo debe ser citado de la siguiente manera:

Mendoza , A., Gurrola, B., Casasa,A. ." Respirador bucal, tratamiento de apiñamiento severo sin extracciones. Caso clínico ."

Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica Febreo 2012. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada,.../.../...

Resumen

Se reporta un caso de un paciente de 10 años 5 meses de edad que es simétrico con maloclusión tipo clase II esquelética, relación molar clase II molar bilateral, relación canina clase II, respirador bucal. El apiñamiento severo fue tratado con terapéutica ortopédica y ortodóncica. Objetivos de tratamiento, se planteó la expansión maxilar y el stripping superior e inferior, en los sectores posteriores. Se obtiene resultados dentarios satisfactorios, perfil facial armónico, estético y funcional.

Palabras clave: Apiñamiento severo, expansión maxilar, clase II esquelética respirador bucal.

Abstract:

One case report, patient of 10 year 5 month, symmetrical with class II malocclusion, skeletal, molar relation class II, bilateral canine relation class II buccal respirator. The severe packing was dealt with therapeutic ortopédica and ortodóncica. The treatment objectives one considered the expansion to maxilar and stripping superior, in the later sectors. One obtains satisfactory dental results, harmonic, aesthetic and functional profile face.

Keywords: Severe packing, expansion to maxilar, class II skeletal, buccal respirator.

Introducción

La maloclusión es la condición patológica caracterizada por no darse la relación normal entre las piezas dentarias, con los demás dientes en el mismo arco y con las del arco antagonista. (1) La maloclusión clase II es la desarmonía dento- esquelética más frecuente en la población de raza blanca. También llamada distoclusión, puede ser resultado de una mandíbula retrógnatica o una combinación de ambos. (2) La clase II de Angle se presenta cuando la cúspide mesio vestibular del primer molar superior permanente ocluye por delante del surco bucal de los primeros molares inferiores. Está se divide en: división 1: si los incisivos superiores se encuentran en labio versión, división 2: si los incisivos centrales superiores se encuentran en posición normal o ligera linguo versión, y los laterales se encuentran inclinados labial y mesialmente. (3) Moyers señala que entre las maloclusiones, encontramos el apiñamiento dentario como una de las manifestaciones más notables, por la repercusión que tiene en la estética del paciente, así como en la predisposición a las caries y en la consiguiente afectación de los tejidos periodontales. (4) Para Gutiérrez este tipo de deformidad es consecuencia de la desigualdad existente entre el tamaño de los dientes y el espacio interdental necesario para que estén alineados y, aunque en la aparición de dientes apiñados hay un componente genético, se ha percibido un aumento de casos de este problema que puede ocasionar dificultades para comer y hablar e incluso problemas bucodentales como consecuencia de la acumulación de placa. (5)

Por otro lado las tendencias actuales en la práctica de la Ortodoncia tal como lo menciona Adkins, están dirigidas hacia los principios de la ortopedia dentofacial y a los tratamientos ortodóncicos sin extracciones; se han demostrado, con elementos tan disímiles como las capelinas y los aparatos funcionales, los efectos ortopédicos logrados, tanto en sentido sagital como vertical, en las anomalías dentomaxilofaciales. Sin embargo, uno de los procedimientos ortopédicos más impresionantes lo constituye la separación transversal del maxilar a través de la expansión rápida palatal. (6) En este sentido autores como: Debbane y Haas demostraron mediante estudios en gatos y cerdos que la sutura media palatina se abría al utilizar este procedimiento y que no sólo tiene efecto sobre la sutura media palatina sino también que involucra todo el sistema sutural circunmaxilar y un ensanchamiento en la vía aérea nasal ósea. (7)

Reporte de caso

Se presenta un paciente en edad de 10 años y 5 meses el cual acude a consulta para que se le haga un "presupuesto de tratamiento de ortodoncia ", refiere que no puede respirar bien y que "respira por la boca". Al examen clínico extraoral, fig.1 se observa un paciente simétrico y dolicofacial; con perfil convexo fig. 3.

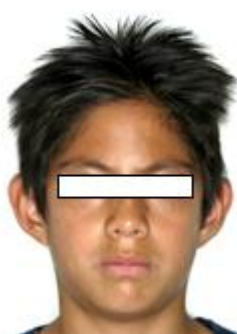


Figura 1
Extaoral de frente



Figura 2
Sonrisa inicio



Figura 3
Perfil

En su foto de sonrisa se evidencia la línea media dental superior coincidente con respecto a la línea media la facial, fig. 2

En los estudios intraorales vemos en la figura 4 la desviación de la línea media dental inferior 3 mm hacia el lado derecho con respecto con la línea media dental superior, se observa que las unidades dentarias 11 incisivo superior derecho, y el central superior izquierdo 21 como el canino 23 se encuentran fuera de arco.



Fig.4
Foto Intraoral de frente de inicio

Estudios intraorales de inicio En las fotografías intraorales laterales derecha e izquierda

respectivamente, correspondientes a las figuras 5 y 6, se observa la relación canina y molar de clase II, la presencia de overjet aumentado de 8mm y un overbite disminuido a 0%.



Fig5
Lateral derecha inicial



Fig 6
Lateral izquierda

En estos estudios en las fotografías intraorales de inicio se observa la forma de arco triangular superior y cuadrada inferior, figura 7 oclusal superior apiñamiento severo y figura 8 inferior.



Fig 7
Foto Oclusal Superior



Fig 8
Foto Oclusal Inferior

Los estudios radiográficos de inicio en la cefálica lateral, revelan la presencia de una clase

II esquelética originada por la posición retruida de la mandíbula, una notoria hiperdivergencia y las inclinaciones dentales propias de pacientes clase II, proclinación de incisivos centrales superiores y retroclinación de incisivos laterales superiores y retroclinación de los incisivos inferiores. (Fig.9).



Fig 9
Radiografía lateral de cráneo

En la radiografía panorámica vemos en la figura 10 un adecuado paralelismo radicular y la falta de el cierre de los ápices de caninos y premolares superiores e inferiores y la formación de los segundos molares superiores e inferiores.



Fig 10
Radiografía Panorámica

El tratamiento de la paciente que se le realizó en el Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia CESO consistió en dos fases, una inicial de ortopédica que consistió expansión maxilar con Hyrax; y una segunda fase de ortodoncia posterior a la expansión donde se realizó la alineación, nivelación, detallado y retención. Como objetivos principales de tratamiento se propusieron los siguientes: Fase Ortopédica: Realizar expansión maxilar para lograr la liberación del apiñamiento maxilar. Fase Ortodóncica: Mejorar del perfil facial, mantener las relaciones esqueléticas, corrección del apiñamiento maxilar y mandibular, obtener clase I canina bilateral, la clase I molar bilateral, corrección de líneas medias dentales y la obtención de un overjet y overbite adecuado. Una vez obtenidos los objetivos de la fase ortopédica, se colocaron los brackets y bandas y tubos superiores e inferiores.

Primera Fase: Se colocó un Hyrax con un periodo de duración de un mes activándolo 1/4 de vueltas dos veces al día y se dejó este como retención de la expansión por 6 meses y luego se colocaron los brackets y bandas superior e inferior. Figuras 11 intraoral, y 12 Rx oclusal.



Fig.11
Foto de Intraoral de Frente

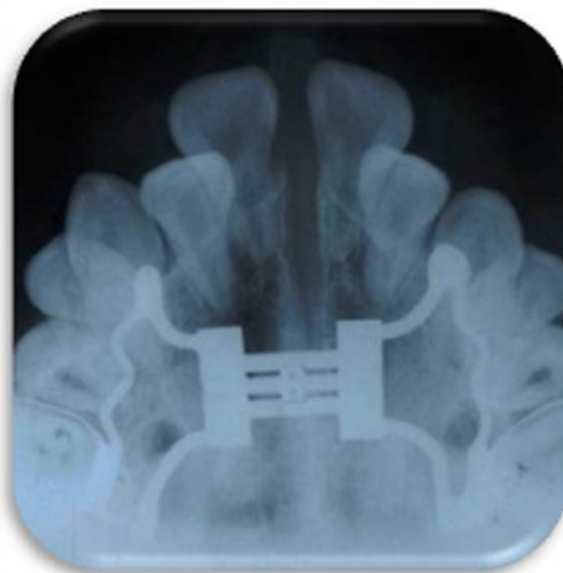


Fig.12
Radiografía oclusal con Hyrax

Segunda Fase: Se colocaron brackets Roth 022 x 028, bandas y tubos en los primeros molares, se realizó el desgaste interproximal de 3 a 5 superior e inferior bilateral, se colocó una curva inversa inferior y utilizó elástico clase II bilateral, se colocó luego elásticos en cajas y se realizó stripping inferior de 3 a 3 fotos intraorales figura 13 intraoral de frente y extraoral fig. 14 sonrisa, en la figura 15 lateral derecha, y la fig. 16 lateral izquierda, figuras 17 oclusal superior, y 18 oclusal inferior.



Fig.13
Intraoral de frente



Fig.14
Foto de Sonrisa



Fig.15
Foto lateral derecha



Fig. 16
Foto lateral izquierda



Fig 17
Oclusal superior



Fig 18
Oclusal inferior

Resultados del Tratamiento

El examen clínico extraoral posterior al tratamiento revela el balance facial obtenido a partir de

la mejora del perfil a través de las relaciones dentales, se consiguió la corrección del apiñamiento severo figura 19 paciente de frente, fig. 20 perfil y fig. 21 sonrisa.

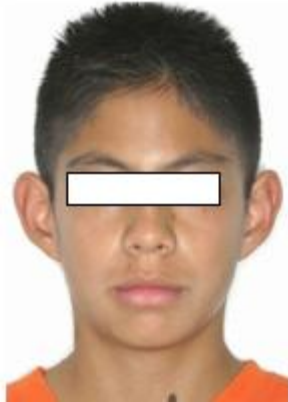


Figura 19
Extraoral de frente



Figura 20
Perfil



Figura 21
Foto de Sonrisa

Estudios introarales Intraoralmente se observa la liberación del apiñamiento, la correcta alineación y nivelación, obtención de coincidencia de las líneas medias facial y dentales superior e inferior, así como una adecuada y simétrica oclusión fig.22.



Fig.22
Coincidencia de la línea media

Estudios intraorales finales en la figura 23 lateral derecha y en la figura 24 lateral izquierda ven las clases I caninas y molares bilaterales así como un adecuado overjet y overbite.



Fig.23
Foto Lateral Derecha



Fig.24
Foto Lateral Izquierda

Estudios radiográficos finales, en la radiografía lateral de cráneo no se observa cambios en la posición mandibular, continua siendo un paciente clase II esquelética, mejoró la relación dental y perfil de tejidos blandos fig. 25.



Fig.25
Radiografía lateral de cráneo

En la radiografía panorámica final vemos en la figura 26 que se mantiene el adecuado paralelismo radicular, así como la condición a nivel de las raíces de caninos y premolares superiores e inferiores, y vemos terceros molares inferiores en formación.



Fig.26
Radiografía panorámica final

Para la retención y estabilidad del tratamiento además de conservar las distancias intercaninas sin considerable modificación, se colocaron guardas oclusales en la arcada superior e inferior.

Discusión

En el apiñamiento dental Moyers refiere que la mal oclusión afecta tanto la estética del paciente, así como la predisposición a las caries y con la consiguiente afectación de los tejidos periodontales. En este caso encontramos que solucionando el apiñamiento dental se corrigieron varios problemas como fueron la respiración bucal, y la relación clase II molar bilateral y relación canina II bilateral, mejorando la estética del paciente (4).

Resultados

Los pacientes con apiñamiento severo en edades tempranas son llevados por sus padres para corregir su apariencia estética y funcional, lo cual puede ser causado por diversas etiologías, una de ellas es la respiración bucal, debido a que provocan un paladar ojival y profundo, lo que produce un arco maxilar estrecho no permitiendo la correcta erupción de los dientes en la arcada. En el caso que se reporta se alcanzaron los objetivos planteados al inicio del tratamiento, especialmente corregir el colapso maxilar lo que permitió que sus vías aéreas fueran permeables y así eliminar su respiración bucal, también se logró liberar el apiñamiento severo. Figura 27 inicio progreso final.



Fig.27

Comparaciones foto de sonrisa al inicio, durante y final del tratamiento

Conclusiones

Los resultados alcanzados en el proceso indican que con el diagnóstico adecuado se puede saber la procedencia, de la patología, en este caso el origen de la respiración bucal del paciente, nos mostró que podría tener como consecuencia el apiñamiento severo. El logro de los objetivos definidos en el inicio del tratamiento, así como la determinación de la etiología del apiñamiento severo, nos permitió seleccionar la mejor y más adecuada alternativa del tratamiento tanto ortopédico como ortodóncico logrando así los mejores efectos terapéuticos.

Referencia Bibliográficas

1. Friedenthal, M: Diccionario de Odontología. Segunda Edición, Editorial Médica Panamericana Argentina. 1996
2. Bennett JC, Mc Laughtin, Mecánica en el tratamiento de ortodoncia y aparatología de arco recto. Madrid: Editorial Mosby/Doyma libros. 1995
3. Di Santi, J: Maloclusiones. Clase I, Definición, Clasificación, Características Clínicas y Tratamiento. Caracas. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. 2003 obtenible en www.ortodoncia.ws. consulta sep. 2011.
4. Moyers R E. Manual de Ortodoncia, 32 ed. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana; 1967.
5. Gutiérrez D, Díaz R, Asociación de apiñamiento anteroinferior con la presencia de terceros molares Facultad de Odontología UNAM; Erick Villalba, Ortodon Revista Mexicana de Odontología Clínica 2009 Año 2/ Núm.XI/

6. Adkins, MD. Arch perimeters dianges on rapid palatal expansion. Am J Orthod Dentofac Orthop 1986. 97:194,
7. Mc Namara J.A., Brudon W., Rivas de Montes A. Tratamiento ortodóncico y ortopédico en la dentición mixta. Editorial Needham Press. Año 1995.