

CASO CLÍNICO Nº 5

El paciente de 11 años de edad presenta un caso de «síndrome de obstrucción respiratoria» agravado por hábito vicioso (succión del pulgar).

Está presente un hipodesarrollo transversal del maxilar superior con mordida cruzada dentaria posterior bilateral.

Además, estamos en presencia de una Clase II hiperdivergente y el crecimiento aún no se ha concluido.

Por lo tanto, primordialmente se indican cuatro extracciones (14-24-35-45) con el fin de disminuir la divergencia entre las bases óseas, contribuyendo a la mejoría de la clase II y al cierre de la mordida. El tratamiento combina, por último, expansión, rejilla lingual, tracción extraoral alta con aparatología fija.



Figs. 5-34, 35 El caso antes del tratamiento. Está presente hipodesarrollo transversal del maxilar superior con mordida cruzada dentaria posterior bilateral además de una evidente mordida abierta anterior.



Figs. 5-36, 37 Imagen intraoral al finalizar el tratamiento. Al combinar expansión, rejilla lingual y aparatología fija junto con una tracción extraoral alta y la extracción de los premolares, se obtuvo un buen resultado.



Fig. 5-38 Telerradiografía inicial.

Fig. 5-39 Telerradiografía final.

CASO CLÍNICO Nº 6

Más allá de los componentes etiopatogénicos, por otra parte recurrentes en la colección de casos presentados en este capítulo, este caso resulta útil para observar lo que el Profesor E. Gianni y la Escuela de Milán definen como un «acto exquisitamente médico», es decir, la avulsión de los primeros molares permanentes en el tratamiento de una mordida

abierta esquelética grave. Como puede observarse, también el componente dentario se beneficia de esta elección y la bondad del resultado no puede más que hacer reflexionar en lo que respecta a la sencillez, eficacia, economicidad y estabilidad de este planteamiento terapéutico.



Figs. 5-40, 41 Oclusión antes del tratamiento.

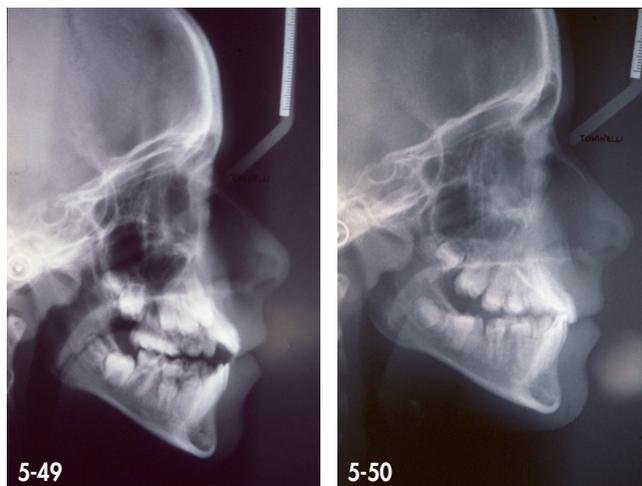


Figs. 5-42, 43 Oclusión después la extracción de los cuatro primeros molares.



Figs. 5-44, 45, 46, 47 Oclusión en las distintas fases del crecimiento.

CASO CLÍNICO Nº 7



Figs. 5-49, 50 Telerradiografía inicial y en fase avanzada de crecimiento.

En este paciente, de 20 años de edad, la alteración alveolo-dentaria se inserta en un componente esquelético con verticalidad mayor a la norma. Este elemento y el apiñamiento indican la necesidad de recurrir a las extracciones (14-24). El consecuente tratamiento ortodóntico fijo permite el logro de un buen resultado. Como en el caso anterior, está presente anamnéscamente un hábito vicioso (succión de los nudillos), pero a diferencia del caso anterior había sido suspendido desde hace varios años. No obstante, como es posible observar, esto no sirve para restablecer una relación normal. A pesar de tratarse de un paciente adulto resulta satisfactorio la respuesta a la terapia y, sobre todo, la estabilidad en el tiempo.



Figs. 5-51, 52 Imagen anterior y lateral antes del tratamiento. También en este caso, anamnéscamente está presente un hábito vicioso (succión de los nudillos) que fue suspendido años antes pero sin que se restableciera una oclusión adecuada o por el patrón de crecimiento vertical, o la inevitable interposición lingual durante la deglución.



Fig. 5-53 Telerradiografía inicial.



Figs. 5-54, 55 Imagen intraoral al finalizar el tratamiento. El recurrir a extracciones y el consecuente tratamiento ortodóntico fijo permitió el logro de un buen resultado.



Fig. 5-56 Telerradiografía final. Es evidente el cambio determinado por el tratamiento.

CONCLUSIONES

El tratamiento de las mordidas abiertas, sobre todo en las formas dentoalveolares, constituye a menudo una de las mayores frustraciones para el ortognatodoncista.

El aspecto alveolodentario es más fácilmente controlable, aunque la permanencia de disfunciones puede, en una segunda etapa, tornar nulos tratamientos aparentemente brillantes.

En los casos más benévolos, la recidiva es parcial, a pesar de esto, no se debe nunca menospreciar los potenciales efectos negativos de una función alterada. La divergencia esquelética es seguramente más difícil de modificar, sobre todo en forma estable.

A pesar de que se relaciona con un crecimiento cuya evolución a menudo es imprevisible. Por lo tanto, es necesario que se tenga prudencia al prometer buenos resultados en el tiempo.

De cualquier forma, la extracción precoz de los primeros molares permanentes, en mi experiencia parece ser una solución eficaz en la determinación de una anterrotación mandibular. Lo que resulta claro, y que resulta ser lo que absolutamente no debe ser realizado en forma indiscriminada: aplicar elásticos verticales para cerrar una apertura anterior.

Si resulta útil en los casos en los que la divergencia entre las bases óseas es normal o mínimamente aumentada, puede, en los casos francamente hiperdivergente, determinar la aparición de una sonrisa gingival (*gummy smile*).

DIMENSIÓN VERTICAL DISMINUIDA

LAS MORDIDAS PROFUNDAS

Los pacientes con dimensión vertical disminuida son definidos como hipodivergentes (F. Schudy), braquifaciales (R. M. Ricketts), *deep bite* (mordida profunda) (Sassouni).

Pero cuidado. Una vez más no debe confundirse el aspecto esquelético con el dentoalveolar: estas definiciones se refieren a una condición primariamente esquelética.

En efecto, si la *deep bite* de Sassouni que traducido a idioma nativo es «mordida profunda» (Figura 57), debe destacarse la probabilidad de que un paciente hipodivergente esquelético presente una mordida profunda dentaria, pero no está totalmente asegurado que esto esté presente en todos los hipodivergentes, así como es posible que una mordida profunda dentaria esté presente en una paciente normo o hasta hiperdivergente.

Estas diferencias deben ser absolutamente tenidas en cuenta en el momento en el que se persigue el objetivo terapéutico de «abrir la mordida», que se puede lograr con la extrusión de los molares (Figura 58, abajo a la derecha) (y naturalmente en forma mixta). En efecto, la extrusión de los molares está conceptualmente contraindicada en una mordida profunda dentaria con aumento de la verticalidad entre los maxilares, ya que ello aumentaría la divergencia, empeorando la relación sagital (por lo tanto, está indicada la intrusión anterior).

Viceversa en un hipodivergente.

Las características clínicas y cefalométricas del hipodivergente esquelético son tendencialmente opuestas a las observadas anteriormente en los hiperdivergentes, razón por la cual habrá una incidencia de diámetros transversales sobre los verticales, músculos hipertónicos, valores cefalométricos que indican la divergencia entre los maxilares disminuidos, a menudo mordida profunda a nivel incisivo.

