

Tratamiento interdisciplinario de paciente con síndrome de clase III

Interdisciplinary treatment of patient with class III

Autores:

Od. Soruco, Ana⁽¹⁾, Od. Curubetto, Carolina⁽²⁾, Dra. Gait, María Teresa⁽³⁾, Prof. Dra. Irazuzta, María Laura⁽⁴⁾

- (1) Profesional Asistente con fines de perfeccionamiento, Cátedra Integral Niños y Adolescentes "B". Área Ortodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.
- (2) Profesional Asistente con fines de perfeccionamiento, Cátedra Integral Niños y Adolescentes "B". Área Ortodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.
- (3) Profesor Asistente, Cátedra Integral Niños y Adolescentes "B". Área Ortodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.
- (4) Profesor Titular Interino, Cátedra Integral Niños y Adolescentes "B". Área Ortodoncia, Facultad de Odontología, Universidad Nacional de Córdoba.

Correspondencia e-mail: mtgait@hotmail.com

Recibido: 25/08/2016 – Aceptado: 20/10/2016

RESUMEN

Se presenta el caso clínico de una paciente de 9 años de edad que concurre al Servicio de Abordaje Interdisciplinario para la Rehabilitación de Pacientes con Hábitos Orales Disfuncionales y Tratamientos Tempranos, facultad de Odontología, UNC. Es acompañada por su madre quien nos manifiesta su intensa preocupación por la conducta de su hija, quien no se relaciona con sus pares, sólo juega con uno de sus

hermanos. No se comunica ni responde a nuestras preguntas. La valoración clínica constata un perfil cóncavo, depresión del tercio medio facial en sentido anteroposterior, praxias orofaciales disfuncionales, trastornos foniatricos, y alteraciones posturales- hiperlordosis cervical y cifoescoliosis dorsolumbar. Existen antecedentes hereditarios de Clase III por línea paterna. En el diagnóstico se comprueba el síndrome de Clase III esquelético.

Se realiza en primera instancia un tratamiento Or-

topédico con Mascarilla de Tracción pósteroanterior, intraoralmente utilizamos Plan Six Helix modificado con ganchos para la tracción. Esta asociación de aparatología permitió estimular biomecánicamente el crecimiento pósteroanterior del maxilar superior a nivel sutural y protruyó el sector anterosuperior dentario. Posteriormente se aplicó aparatología miofuncional. Estuvo acompañada con apoyo psicológico para aceptar el tratamiento interdisciplinario y estimular su integración social. Además, se rehabilitaron las disfunciones orofaciales y la postura mediante reeducación postural y uso de plantillas ortopédicas. La rehabilitación integral logró redireccionar su crecimiento desde su base de sustentación, armonizando todas sus unidades funcionales y recuperar su autoestima y lograr su socialización.

Palabras claves: síndrome de Clase III, rehabilitación integral, ortopédica.

ABSTRACT

We presented the clinical case of a 9-year-old patient who concur to the Service of Early Orthodontic Treatment and Oral Dysfunctional Habits of the Department of Child and Adolescent Integral "B", Orthodontia area. UNC. She is accompanied by her mother who shows us her intense concern for the conduct of his daughter, who isn't related to her peers, only plays with one of the brothers. It also doesn't communicate or respond to ours questions. The girl has socio-emotional disorder.

In the clinical evaluation we find a concave profile with depressed midface, phoniatrics disorders, dysfunctional orofacial praxis and postural changes in cervical lordosis, kyphoscoliosis dorso-lumbar.

Class III skeletal features. There are heredity Class III from the father family.

An orthopedic treatment is in the first instance with a posterior-anterior mask, central rod model Pettit. Intraorally used a Six Helix Plan, modified with

hooks for rubber for the mask. This association of appliance allowed us biomechanically, stimulate anterior posterior growth of the upper jaw in the sutural area and protrude forward the upperanterior tooth sector. Later was applied myofunctional equipment, elastic open activator Klammt class I modified, changed without vestibular arc to let incisors express and lingual bowls.

During treatment, she was accompanied with psychological support to accept it and encourage their social integration. Also with phonoaudiological treatment, respiratory disorders, deglutition and foniatrics were treated.

The physiatric therapy consisted in postural reeducation and using orthopedics insoles,

Key words: Class III, mesiocclusion, early orthodontics.

INTRODUCCIÓN

Se presenta un caso clínico donde se valoró integralmente al paciente entre todos los agentes de salud del Servicio de Abordaje Interdisciplinario para la Rehabilitación de Pacientes con Hábitos Orales Disfuncionales y Tratamientos Tempranos. Para actuar durante su proceso de crecimiento y desarrollo. Coordinamos nuestras acciones para prestar atención integral al paciente y así lograr que alcance una buena calidad de vida.

CASO CLÍNICO

Se presenta el caso de una niña de 9 años de edad que concurre, derivada por su fonoaudióloga, al Servicio de Abordaje Interdisciplinario para la Rehabilitación de Pacientes con Hábitos Orales Disfuncionales y Tratamientos Tempranos (resolución 70/14 HCD) Facultad de Odontología, de la Universidad Nacional de Córdoba. Asiste acompañada por su madre quien nos manifiesta su intensa preocu-

pación por la conducta de su hija, quien no se relaciona con sus pares, solo interactúa con uno de sus hermanos- el cercano en edad a ella-. Según su madre “su aspecto facial, su forma de morder, la inhibe y avergüenza”. Ha recibido tratamientos psiquiátricos y psicológicos en estos últimos dos años pero no continúa en la actualidad. Su mamá manifiesta que la niña se “hamaca constantemente al estar sentada y tiembla; tiene movimientos en las manos que aumentan al ponerse nerviosa”. La niña no sonríe espontáneamente.

Nació de parto natural, a término. La amamantó hasta los 7 meses y nos informa que le costó aceptar la mamadera, la cual utilizaba con una succión inadecuada.

Con respecto a su salud general presentó diagnóstico de desnutrición hasta los cinco años. Respecto a las enfermedades de la infancia padeció las típicas como varicela.

Al consultarle a su madre sobre antecedentes familiares, nos confirma que del lado de su marido “sí hay parientes que tienen esa manera de morder”.

Al analizar su postura corporal, se observa que presenta una asimetría con desvío hacia la izquierda, con el hombro de ese lado descendido con respecto al homólogo.

Radiográficamente presenta la columna vertebral con una rotación de los cuerpos vertebrales, cifoescoliosis dorsolumbar dextro convexa, aumento de la lordosis cervical fisiológica, con disminución de los espacios intervertebrales.

En el análisis facial (figuras 1 a 5) se observa: verticalmente los tres tercios faciales equilibrados. En el tercio inferior, el espacio interlabial en posición relajada es apenas perceptible, menos de 3 mm permitiendo una mínima exposición de los incisivos superiores. En sonrisa plena solo expone un tercio de la corona clínica de los mismos.

En el estudio facial frontal, los planos bipupilares, subnasal e intercomisural no son paralelos entre sí. La órbita izquierda se presenta descendida. Comparando con la línea media sagital descubrimos una

marcada asimetría de origen esquelético, la línea media mandibular está desviada hacia la derecha. En el estudio facial sagital, se observa el tercio medio deprimido, generando un perfil cóncavo. Sus labios son finos y delgados, insinúa una proyección anterior de tejido blando de mentón.

En oclusión estática existe una mordida cruzada anterior, Clase III molar y canina, con resalte invertido y el entrecruzamiento aumentado (figura 6). La valoración funcional indica que su oclusión mejora al llevar a céntrica alcanzando una relación dentaria de borde a borde incisal. La Lengua adopta siempre una posición baja.

Para complementar el diagnóstico solicitamos telerradiografías craneales de frente y de perfil, ortopantomografía de los maxilares y radiografía oclusal total de maxilar superior para evaluar las suturas palatinas. Los análisis cefalométricos (figuras 7 y 8) permitieron definir un biotipo braquifacial severo. Corroboró el síndrome de clase III esquelético. La profundidad facial está aumentada, la convexidad disminuida y la profundidad maxilar normal. Su mandíbula es prognática, debido a una longitud del cuerpo mandibular aumentada, asociado a un crecimiento latente clase III por una posición adelantada de la cavidad glenoidea y una posición avanzada de la rama mandibular. El ángulo goníaco disminuido, alto potencial de crecimiento mandibular y una relación desfavorable entre la base craneal anterior y longitud mandibular- 10mm de discrepancia-. La relación entre altura facial posterior y anterior, nos informan un alto potencial de crecimiento rotacional anterior de la mandíbula, tanto en dirección como en tamaño. El ortopantomograma muestra coincidencia entre la línea media facial y dentaria. Presenta el cuerpo mandibular con asimetría, mayor longitud del hemilado izquierdo - 12 mm de diferencia-.

El análisis de la vía aérea indicó una disminución de diámetro faríngeo superior.

Se deriva a interconsulta con Pediatría, Neurología, Psicología, Fonoaudiología y Fisiatría, solicitando

informe de cada área.

La valoración neurológica no indicó trastornos en esa área de la salud. El informe psicológico explica que “la niña comenzó el tratamiento por solicitud de sus maestros, ya que su comportamiento llamaba la atención porque no habla con sus señoritas y tampoco con sus compañeros”. La mamá relata que “ese comportamiento no se da así en su casa, se relaciona muy bien con uno de sus hermanos con quien juega y habla si bien no se relaciona con los mayores”. La conclusión del área de psicología es: “no se observó ninguna alteración psicopatológica, tampoco trauma ni situación de violencia o inquietud que justifique continuar con las sesiones, se indica concurrencia semanal a talleres artísticos para integración social. Es una niña cariñosa y no hablar en la escuela a ella no le genera problemas”.

El informe fonoaudiológico describe alteración de las praxias orofaciales, deglución y respiración disfuncional. El informe relata que la paciente presenta labios hipotónicos competentes con una movilidad reducida, al igual que la lengua y paladar blando, que también presentan hipotonía. Respiración mixta, tipo costal superior y deglución disfuncional, posición baja de lengua. Inicia entonces tratamiento de rehabilitación fonoaudiológica.

El informe médico fisiátrico describe una postura corporal asimétrica, hábito longilíneo, impresión asténica, hiperlordosis cervical, cifoescoliosis dorso-lumbar. Se indica tratamiento kinésico para reeducación postural. Control con traumatología, uso de plantillas ortopédicas y controles médicos fisiátricos periódicos.

Desde el punto de vista ortodóncico, se implementó en primera instancia, tratamiento ortopédico con uso de mascarilla de tracción pósterioanterior, modelo Pettit de vástago central. Intraoralmente, se utilizó un Plan Six Helix modificado con ganchos para las gomas de la mascarilla. Este aparato también nos permite desprogramar la mandíbula y destrabar la oclusión verticalmente, lo que favorece a la tracción pósterioanterior. Los brazos anteriores del Six Helix permiten protruir el sector anterosuperior dentario.

Se utilizaron fuerzas ortopédicas de 400 gramos por lado con gomas extraorales, uso interrumpido de 10 a 12 hs por día, durante el período de un año. Esta asociación biomecánica nos permitió traccionar y estimular el tercio medio de la cara hacia adelante, como también una corrección dentaria (figuras 9 y 10).

Cuando se obtuvo un equilibrio máxilomandibular y un buen entrecruzamiento dentario anterior se retiró la aparatología ortopédica y se tomaron nuevos registros comparativos (figuras 11, 12 y 13). Radiográficamente se pudo observar que se corrigió la mordida invertida anterior logrando un resalte y entrecruzamiento normal. La relación de los maxilares se armonizó gracias a la protrusión del maxilar superior y la limitación del potencial del crecimiento mandibular. La estimulación premaxilar mejoró la convexidad facial (figura 12).

Para rehabilitar las funciones orofaciales y la musculatura continuamos con aparatología miofuncional. Se confeccionó un activador abierto elástico de Klammt Clase I modificado con escudillas linguales.

DISCUSIÓN

El Servicio de Abordaje Interdisciplinario para la Rehabilitación de Pacientes con Hábitos Orales Disfuncionales y Tratamientos Tempranos de la Facultad de odontología, UNC está constituido por ortodoncistas, odontopediatras, fonoaudiólogos, psicólogos, médico fisiatra, fisioterapeutas, etc., su objetivo es el diagnóstico integral del paciente y el tratamiento precoz de las anomalías dentomaxilofaciales.

La postura es la forma en que se alinean sus diferentes segmentos del cuerpo en el espacio, es una verdadera forma de lenguaje y a través de ella nos expresan emociones, actitud y personalidad.

La mayoría de los vicios posturales se manifiestan

en la edad escolar. Sabemos que todas las actitudes corporales se crean durante la infancia y persisten a lo largo de la vida.

El cuerpo humano está diseñado para el movimiento y este es indispensable para la salud. También sabemos que el cuerpo humano tiene dos bases de sustentación sobre las que asientan las distintas unidades funcionales, cefálica (cabeza y cuello), el tronco (tórax y abdomen) y cada uno de los miembros (superiores, inferiores y mandíbula). Una alteración en alguna unidad genera un efecto en todo el sistema.

Por ello debemos valorar todas las unidades para corregir integralmente las anomalías (1). Intervenir fisiátricamente en este momento es indispensable para obtener resultados satisfactorios.

Los tratamientos ortopédicos máxilofaciales buscan modificar el patrón de crecimiento y el potencial diferencial de los huesos maxilares, estimulando, inhibiendo o redireccionando el crecimiento.

Diversos autores reportan diferentes opiniones en cuanto al momento para iniciar el tratamiento de estas maloclusiones. Algunos autores (1-6), prefieren realizarlo durante la dentición primaria o mixta temprana y otros hacerlo en la dentición mixta tardía para obtener resultados más favorables. Incluso existen autores que lo recomiendan en la dentición permanente (5-8):

Gunduz (9) y Jiang (10), señalaron que al evaluar los efectos ortopédicos de la terapia de protracción maxilar el período prepuberal y el período medio puberal son los mejores para el inicio del tratamiento debido al potencial natural de crecimiento del maxilar.

La duración de la terapia con Máscara facial es variable, la mayoría de los estudios coinciden con un tiempo promedio de tiempo 6 a 12 meses, sin embargo esto puede variar dependiendo de la gravedad del problema, magnitud de la fuerza y de la colaboración del paciente en el uso de la aparatología, pudiendo llegar hasta 16 meses como han reportado algunos autores (6, 11-14).

Para minimizar el movimiento de rotación del maxilar en sentido a las agujas del reloj, producido durante la aplicación de fuerzas en la protracción del maxilar, muchos autores como Hickham, Kapust, Killiçoglu y Baccetti (11), coinciden en que mientras más anterior se coloquen los ganchos de tracción intrabucal, mayor será el componente de rotación, por lo tanto, este punto de tracción intrabucal debe seleccionarse considerando el patrón de crecimiento del paciente y el tipo de desplazamiento maxilar requerido.

En nuestro Servicio la modalidad es diagnosticar y tratar precozmente las diversas anomalías. El tratamiento con ortopedia dentomaxilofacial implica la orientación del crecimiento y el desarrollo facial, los cuales suceden principalmente durante la niñez y la adolescencia. Implementar un tratamiento interdisciplinario temprano en pacientes con síndrome de clase III, equilibrar su postura, la relación esquelética máxilo mandibular y atenuar los problemas funcionales, promueve la integración social y el normal desarrollo emocional de estos niños.

Es habitual la asignación de sobrenombres y apelativos a personas que tienen prognatismo mandibular, afectando su calidad de vida, la relación con su entorno social y disminuyendo su autoestima (6, 7).

Esta paciente era introvertida, se caracterizó por su timidez y quietud dejando vislumbrar un conflicto interno.

El abordaje interdisciplinario, el apoyo de la madre y la colaboración de la paciente, permitió obtener resultados satisfactorios de la terapia ortopédica máxilomandibular, la rehabilitación de las praxias orofaciales y el mejoramiento de su facie y actitud postural.

Todo esto generó un cambio en su conducta de relación como consecuencia de los cambios estéticos obtenidos.

El tratamiento interdisciplinario permitió recuperar su autoestima y lograr su socialización.



Figuras 1, 2, 3, 4 y 5: Fotografías faciales iniciales.



Figura 6: Fotografías intrabucles iniciales en posición de máxima intercuspidadación (PMI) y en relación céntrica presuntiva.

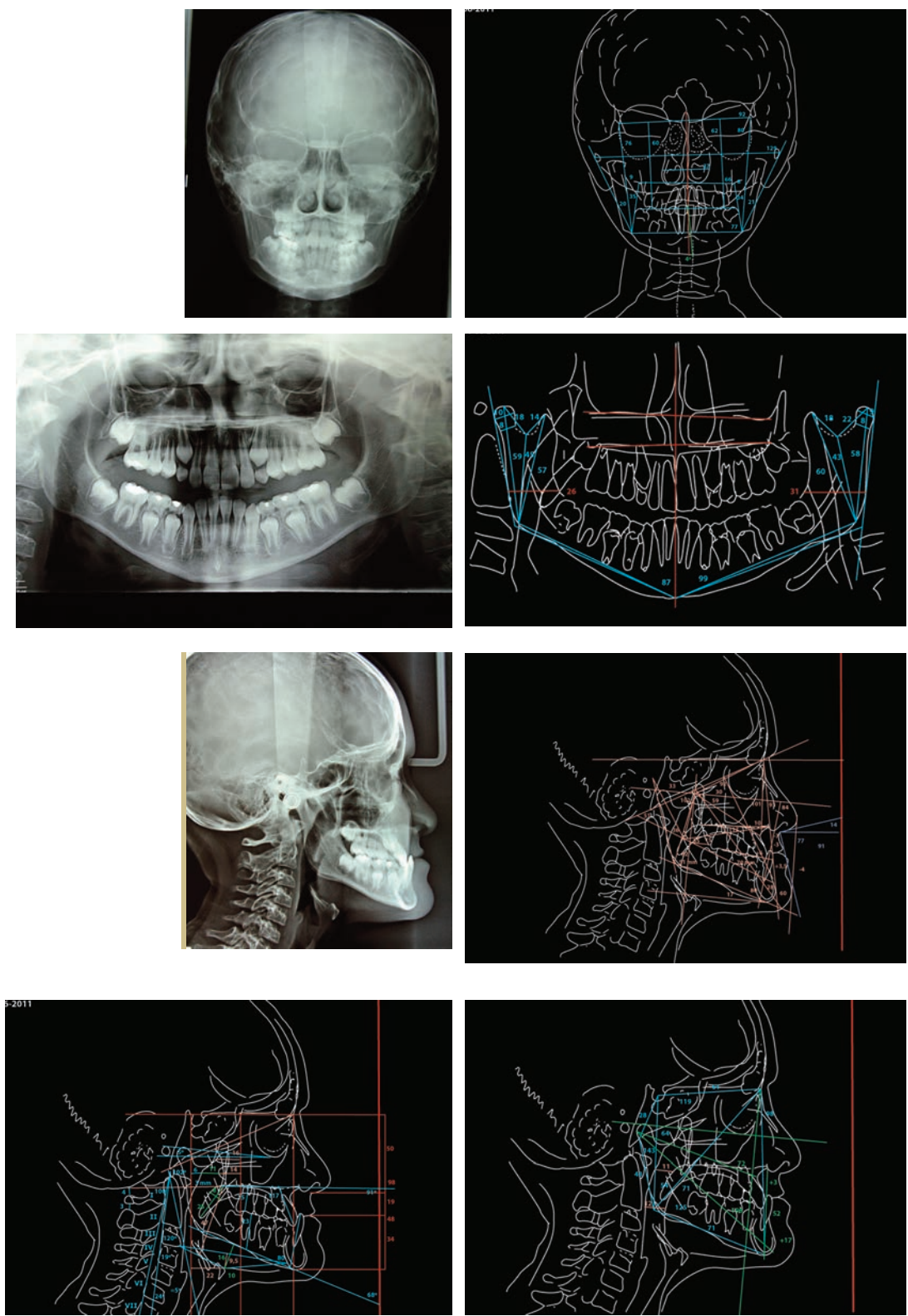


Figura 7: Radiografías iniciales: ortopantomografías y tele radiografías craneales frontal y de perfil con sus correspondientes estudios cefalométricos.

ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO DE RICKETS	VALOR PACIENTE INICIAL	VALOR PACIENTE FINAL	NORMA
CAMPO I: PROBLEMA DENTARIO			
1- RELACION MOLAR	-6	-2	-3 mm± 3
2- RELACION CANINA		+1	-2mm± 3
3- OVERJET INCISIVO	-4	+2	2.5 mm± 2.5
4- OVERBITE INCISIVO	-8mm	+3	2.5mm± 2
5- EXTRUSION INCIS. INFERIOR	6 mm	+3	+1.5mm
6- ANGULO INTERNICISIVO	128°	129°	130°± 10
CAMPO II: RELACION MAXILO-MANDIBULAR			
7- CONVEXIDAD	-7mm	-4mm	2±2mm
8- ALTURA FACIAL INFERIOR	35°	35°	47°±4
CAMPO III: DENTOESQUELETAL			
9- POSIC. MOLAR SUPERIOR	15mm	22mm	Edad + 3mm
10- PROTUSION INC INFERIOR	3.5 mm	0mm	1mm± 2
11- PROTRUSION INC SUPERIOR	-2 mm	+4	3.5mm±2
12- INCLINACION INC INFERIOR	28°	20	22°±4
INCLINACION INC SUPERIOR	13°	28°	28°±4
13- ALTURA POST.PL. OCLUSAL	0 mm	-1	0mm±3
14- INCLINACION PL.OCLUSION	22°	16°	22°±4
CAMPO IV: PROB. ESTETICO			
15- PROTUSION LABIAL	+1.5	-6	-2mm±2
16- LONG LABIO SUPERIOR	18 mm	20mm	22 mm±2
17- COMISURA-PLANO OCLUS	-5 mm	-3mm	-3.5mm
CAMPO V: REL. CRANEOFACIAL			
18- PROFUNDIDAD FACIAL	101°	101°	87°±3
19- CONO FACIAL	61°	64°	68°±3.5
20- PLANO MANDIBULAR	17 °	16°	26°±4
21- PROFUNDIDAD MAXILAR	92°	101°	90°±4
22- ALTURA MAXILAR	59°	57°	53°±3
23- INCLIN. PLANO PALATAL	3°	4°	1°±3
24- EJE FACIAL	102°	97°	90°±3.
25- ALTURA FACIAL POSTERIOR	51mm	57mm	55mm±3.3
26- POSICION DE LA RAMA	83°	83°	76°±3
27- LOCALIZACION PORION	-33 mm	-32mm	-39mm±2.2
28- ARCO MANDIBULAR	36°	42°	26°±4
29- LONG DE CUERPO MAND.	70 mm	69 mm	65mm±2.7
CAMPO VI: ESTRUCTURAL INTERNO			
30- DEFLEXION CRANEAL	29°	31°	27°±3
31- LONG.CRANEAL ANTERIOR	53 mm	55mm	55mm±2.5
32- VESTIGIO	51°	53°	60°

Figura 8: Análisis cefalométrico de Rickets.



Figura 9: Fotografías durante el tratamiento ortopédico con Plan Six Helix y mascarilla de tracción póstero-anterior, modelo Pettit de vástago central.



Figuras 10: Fotografías intrabucales con aparatología ortopédica instalada.



Figura 11: Fotografías faciales e intrabucales finales del tratamiento ortopédico.

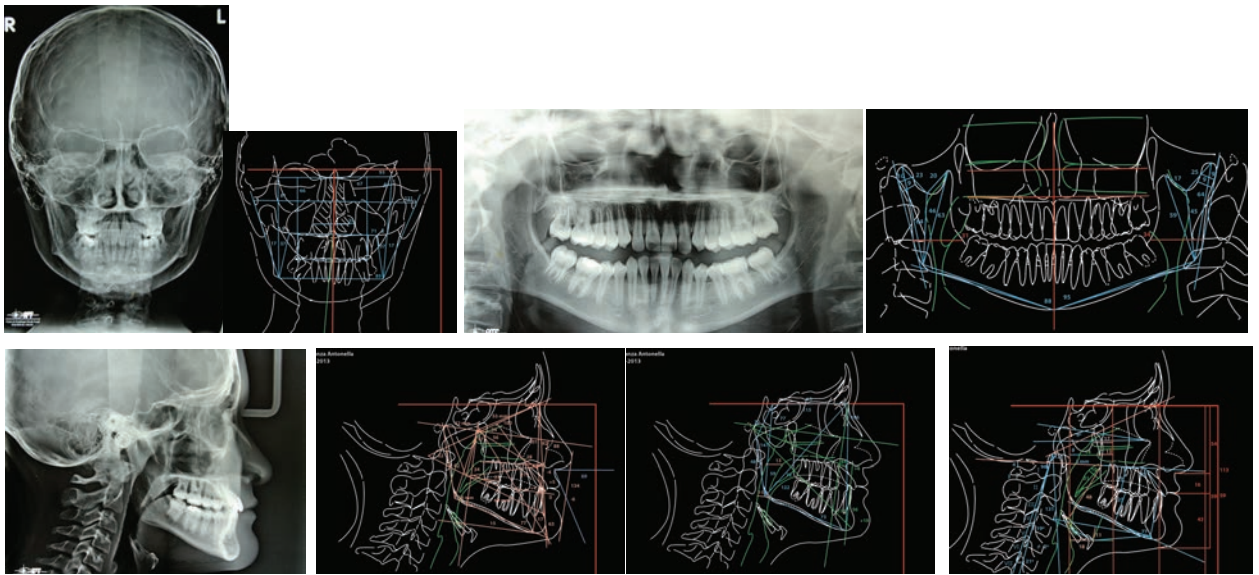


Figura 12: Radiografías finales de control.



Figura 13: Fotografías pre y post comparativas facial e intrabucal.

CONCLUSIÓN

La ortopedia es el “arte de corregir o evitar deformidades en el cuerpo humano”, especialmente en los niños, mediante el uso de cierto aparatos especiales o ejercicios corporales que estimulan o redirigen el crecimiento óseo.

La rehabilitación integral aplicada en este caso clínico fue exitosa al lograr redireccionar su crecimiento desde su base de sustentación, armonizando todas sus unidades funcionales.

El equilibrio postural, el equilibrio máxilofacial y la rehabilitación de sus praxias orofaciales, promovieron su desarrollo saludable y un rostro de proporciones adecuadas.

El Servicio de Abordaje Interdisciplinario para la Rehabilitación de Pacientes con Hábitos Orales Disfuncionales y Tratamientos Tempranos asiste en forma interdisciplinaria en pro de la calidad de vida del paciente

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1) Lida Y, Deguchi T, Kageyama T. Chin Cup Treatment Outcomes in Skeletal Class III Dolicho- Versus Non dolichofacial Patients. *Angle Orthod.* 2005; 75 (4): 576-83.
- 2) Bernabe E, Sheiham A, Messias C. Condition-specific impacts on quality of life attributed to malocclusion and class I, II and III malocclusion. *Angle Orthod.* 2008; 78 (6): 977-82.
- 3) Halazonetis D. Influence of a head posture on perception of chin projection. *Hellenic Orthodontic Review.* 2008; 11 (2): 75-83.
- 4) McNamara J. Tratamiento ortodóncico y ortopédico de la clase III. *Tratamiento de maloclusión clase III.* 1995(6):122-123
- 5) Graber T, Vanarsdall R, Vig K. *Ortodoncia principios y técnicas actuales.* Madrid. 4ª edición. 543-77.
- 6) Jackson GW; Kokich VG, Shapiro PA. Experimental response to anterior directly extraoral force in young Macacan emestrina. *Am J Orthod.* 1979; 75:319-333
- 7) Mandal N, Di Biase A, Littlewood S, Nute S, Cousley R, Dyer F et al. Is early Class III protraction face mask treatment effective. A multicentre, randomize, controlled trial: 15-month follow-up. *JO* 2010; 37: 149-161.
- 8) Pedron P, Rodrigues R, De Castro A, De Lima R, Rodrigues M, Ferreira L. Early treatment protocol for skeletal Class III malocclusion. *Braz Dent J.* 2013; 24 (2):167-173
- 9) Gunduz S; Devecioglu J; Baran S. Correction of severe class III malocclusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2004; 126(2):237- 244.
- 10) Jiang J; Lin J; Ji C. Two stage treatment of skeletal Class III malocclusion during the early permanent dentition. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2005;128(4):520-527.
- 11) Baccetti T; Franchi L; McNamara J. Treatment and post treatment craniofacial changes after rapid maxillary expansion and face mask therapy. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2000;118:404-413.
- 12) Ghiz M, Ngan P, Gunel E. Cephalometric variables to predict future success of early orthopedic Class III treatment. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2005;127:301-06.
- 13) Chevalier, B. Tratamiento precoz de la deficiencia maxilar superior mediante el uso de la máscara facial. Trabajo para optar a la Especialidad en Ortodoncia. Facultad de Odontología. Universidad central de Venezuela. 1999.
- 14) Da Silva O.; Magro A; Capelozza L. Tratamiento temprano de la maloclusión Clase III con la expansión palatina rápida y la protracción maxilar. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2000; 5(1)47-55.
- 15) Evaluación de las relaciones biomecánicas cráneo-cervico-mandibulares e hiodeas ante el control vertical ortopédico. Trabajo de Tesis Dra María Laura Irazuzta. Cátedra de Ortodoncia “B” Facultad de Odontología. Relaciones biomecánicas posturales. *Actitud o postura* 2001(3):48-49-52.