

**ODONTOLOGÍA INTEGRADA
CASO CLÍNICO**

**JUAN PABLO BRIJALBO
FABIAN CASAS
HAZBLEIDHY CASAS
DIANA GARCIA
ANDREA SANCHEZ**

**PRESENTADO A :
DRA. NERY VILLOTA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
X SEMESTRE
BOGOTÁ, 2003.**

**ODONTOLOGÍA INTEGRADA
CASO CLÍNICO**

INTEGRANTES

JUAN PABLO BRIJALBO	981035
FABIAN CASAS	991247
HAZBLEIDHY CASAS	991027
DIANA GARCIA	991061
ANDREA SANCHEZ	991084

**PRESENTADO A :
DRA. NELLY VILLOTA**

**COLEGIO ODONTOLÓGICO COLOMBIANO
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
X SEMESTRE
BOGOTÁ D. C. 2003.**

INTRODUCCIÓN

La respiración nasal es fundamental para el correcto desarrollo craneofacial ya que el paso de aire por las fosas nasales es un estímulo para el desarrollo espacial de dichas fosas, que se relacionan íntimamente con el maxilar superior, el techo de la boca.

Este trabajo está basado en dos diagnósticos craneomandibulares de un paciente que presenta hábito de respiración oral.

Para obtener un mejor pronóstico y dar alternativas de tratamiento se realizaron interconsultas con especialistas en ortodoncia y cirugía maxilofacial con tratamientos multidisciplinarios que han ido cobrando cada vez mayor protagonismo. De esta forma, la clásica interacción entre planteamientos preventivos y tratamientos dentarios conservadores, aspectos periodontales y rehabilitaciones protésicas. Fortalecida con la incorporación de la Cirugía Bucal.

OBJETIVOS

GENERAL

- Conocer las diferentes alternativas de tratamiento frente a un paciente que presenta anomalías de crecimiento y desarrollo craneal y facial.

ESPECÍFICOS

- Identificar el tratamiento ideal para un paciente con algún tipo de anomalía dentaria.

Diagnosticar los factores etiológicos que conllevan a los desórdenes craneofaciales.

Definir conceptos relacionados con diagnósticos ortodónticos.

DATOS DEL PACIENTE

INFORMACION GENERAL

NOMBRE : Luz Dary Sánchez Pineda.

EDAD : 24 Años

SEXO : Femenino

OCUPACIÓN: Empleado

MOTIVO DE CONSULTA: "Arreglo de los dientes"

EXAMEN FISICO GENERAL

Presión arterial : 110/70mmHg.

Pulso : 75 pul/min.

Peso : 54 Kg.

Temperatura : 37° C.

HISTORIA MEDICA

ANTECEDENTES FAMILIARES

La paciente reporta que la abuela paterna padeció de Diabetes.

ANTECEDENTES PERSONALES

La paciente no reporta ningún antecedente.

Paciente sin compromiso sistémico, hemorrágico o alergia alguna.

ANTECEDENTES PSICOLÓGICOS: No reporta.

FISIOTERAPIA ORAL

FRECUENCIA DEL CEPILLADO: Dos veces al día.

TÉCNICA : Barrido.

TIPO DE CEPILLADO : Cerdas duras.

DENTÍFRICO : Colgate total.

OTRAS AYUDAS : No.

HISTORIA DENTAL

TRATAMIENTOS RECIBIDOS

PERIODONCIA: Terapia Básica.

CIRUGIA ORAL: Exodoncia método cerrado de los dientes 25, 26, 27, 36, 37, 46.

ENDODONCIA: Tratamiento convencional de conductos diente 47.

OPERATORIA: Amalgama 17(O), 16(O), 15(O), 14(O), 24(O), 38(O), 47(O).

ANALISIS DE TEJIDOS BLANDOS

LABIOS : Hipertónicos.

CARRILLOS : Normales.

SURCO VESTIBULAR : Normales.

GINGIVA: Roja, brillante, lisa, sin plateado característico en cáscara de naranja e inflamada.

EVALUACION DINAMICA

RELACION CÉNTRICA : No aplicable.
LATERALIDAD DERECHA : No aplicable.
LATERALIDAD IZQUIERDA : No aplicable.
PROTRUSION : No aplicable.

EVOLUCIÓN ESTÁTICA

CLASIFICACION DE ANGLE : No aplicable.
RESALTE OVER BITE : No aplicable.
RELACION CANINA : Clase III izquierda y clase II derecha.

PERIODONTOGRAMA

SONDAJES : Normales.
BOLSAS PERIODONTALES : No presenta.
RESECCIONES GINGIVALES : No presenta.
NIVEL DE INSERCION : Normal.
CALCULOS : No.
SANGRADO : Si.
FREMITO : No presenta.
MOVILIDAD : No presenta.
EXUDADO : No presenta.

REBORDE ALVEOLAR:

Colapso de tipo vertical en zona de molares inferiores izquierdos.

LENGUA	: Fisurada
PISO DE BOCA	: Normal
FRENILLO	: Normal
PALADAR DURO	: Normal
PALADAR BLANDO	: Normal
AMIGDALAS	: Normal
GLANDULAS	: Normal
GLANDULAS SALIVALES	: Normal

EXAMEN CRANEOMANDIBULAR

DOLOR MUSCULAR	: No presenta
DOLOR AS.T.M.	: No presenta
ALTERACION EN EL MOVIMIENTO:	No presenta
RUIDO ARTICULAR	: Tipo crepitación
HABITOS	: Ninguno
DESARMONIAS OCLUSAL	: Mal posiciones, restauraciones y ausencias dentarías
FACETAS DE DESGASTE	: No presenta

X D - EXAMEN PERIODONTAL

C.I.

H.C.

ENCÍA	N	A	N	A
1. Color	X		X	
2. Márgen	X		X	
3. Consistencia	X			X
4. Textura	X			X
5. Grosor			X	
6. Contorno			X	
7. Papilas				X
8. Encía Adherida				X

	SI	NO
9. Cálculos		X
10. Sangrado		X
11. Supuración/Exudado		X
12. Movilidad Dentaria		X
13. Frémito		X

Furcaciones

Sondaje inicial

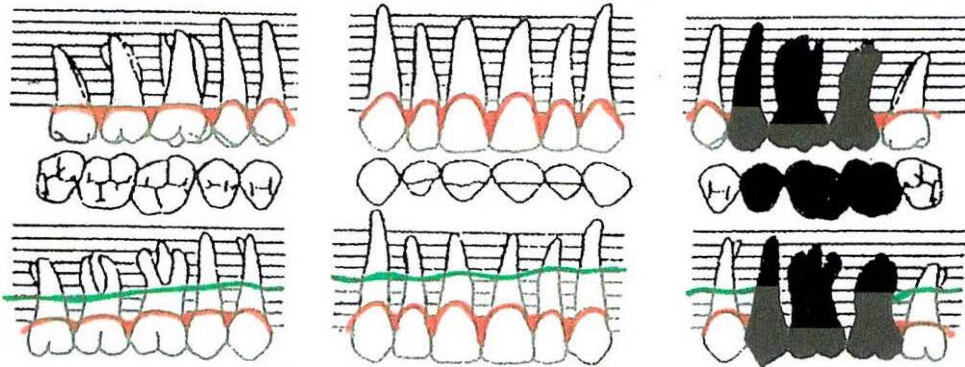
Sondaje Re-eval.

Nivel inserción

Recesión

PERIODONTOGRAMA

3'3	3'3	3'3	3'3	3'3	3'2	3'3	2'2	1'1	1'3	3'1	1'2	1'3	3'3	3'1



Sondaje inicial

Sondaje Re-eval.

Nivel inserción

Recesión

Movilidad

Línea Mucogingival

3'3	3'3	3'3	3'3	3'2	3'2	2'2	1'1	1'3	3'1	1'2	1'3	3'3	3'1
3	3	4	4	4		5	5	5	5	5	5	4	4

D

Sondaje inicial

Sondaje Re-eval.

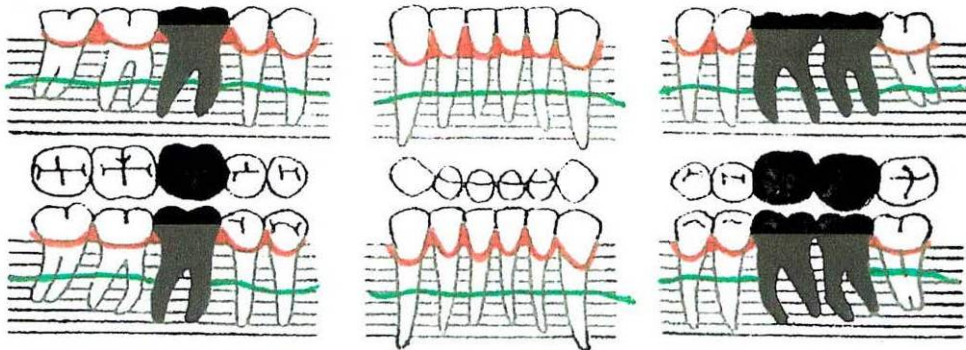
Nivel inserción

Recesión

Movilidad

Línea Mucogingival

2'1	1'3	2'1	1'3	3'1	2'1	1'1	1'1	1'1	1'1	1'3	3'1	2'1	3'3	3'1
4	4	4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5



Sondaje inicial

Sondaje Re-eval.

Nivel inserción

Recesión

Línea Mucogingival

Furcaciones

1'1	1'3	2'1	1'3	3'1	1'2	1'1	1'1	1'3	1'2	2'1	3'1	1'2	3'1
4	4	5	5	5	5	5	5	5	5	5	4	4	4

V E - EXAMEN DENTARIO

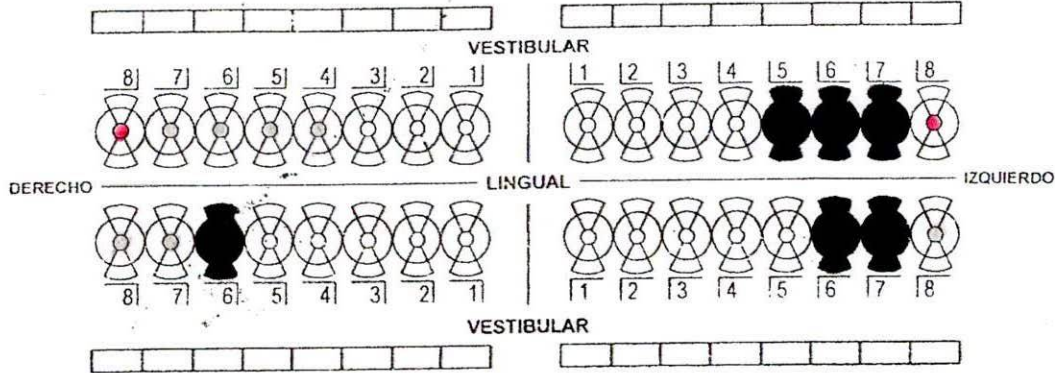
ODONTOGRAMA

C.I.

H.C.

18	Caries 0
17	Amalgama 0
16	Amalgama 0
15	Amalgama 0
14	Amalgama 0
13	Sano
12	Sano
11	Sano

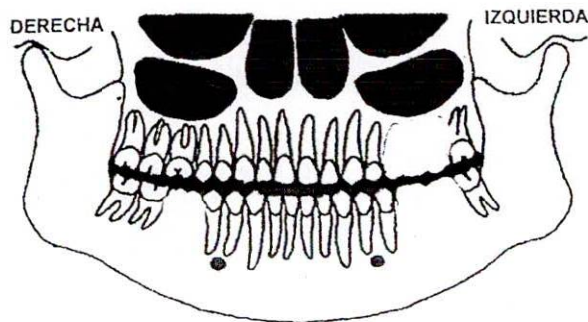
28	Caries 0
27	Ausente
26	Ausente
25	Ausente
24	Caries 0
23	Sano
22	Sano
21	Sano



41	Sano
42	Sano
43	Sano
44	Sano
45	Sano
46	Ausente
47	Amalgama 0
48	Amalgama 0

31	Sano
32	Sano
33	Sano
34	Sano
35	Sano
36	Ausente
37	Ausente
38	Amalgama 0

ANALISIS RADIOGRÁFICO



SEXTANTE 1.

Estructuras anatómicas aparentemente normales.

Se observa en el 17, 16, 15, 14, a nivel coronal una zona radiopaca, posible restauración plástica.

SEXTANTE 2.

Estructuras anatómicas aparentemente normales.

Se observa continuidad del espacio del ligamento periodontal.

SEXTANTE 3.

Estructuras anatómicas aparentemente normales.

Ausencias de los dientes 26 y 27.

SEXTANTE 4.

Estructuras anatómicas aparentemente normales.

Ausencias del diente 36.

El diente 35 presenta un liguoversión, en el 37 se observa a nivel coronal zona radiopaca, posible restauración plástica.

SEXTANTE 5.

Estructuras anatómicas aparentemente normales.

Se observa continuidad en ligamento periodontal, se observa el espacio de la cámara pulpar.

SEXTANTE 6.

Estructuras anatómicas aparentemente normales.

Ausencia del 46

En el diente 47 se observa una zona radiopaca intrarradicular posible obturación con gutapercha.

En los dientes 47 y 48 presentan a nivel coronal una zona radiopaca posible restauración plástica.

DIAGNOSTICOS

GENERALES: Paciente sano

CRANEOMANDIBULARES:

Desorden de crecimiento y desarrollo tipo adquirido.

Mordida abierta anterior.

Mordida cruzada posterior unilateral.

Micrognatismo.

ORALES TEJIDOS BLANDOS Y OSEOS

Colapso de tipo vertical en zona demolaes inferiores izquierdos.

PERIODONCIA

Gingivitis

DENTALES

Caries activa cavitada del 18, 28.

Ausencias dentarías.

ENDODONCIA

Hallazgo radiografico : tratamiento convencional de conductos totalmente obturado del 47.

PLAN DE TRATAMIENTO IDEAL

PERIODONCIA

Motivación al paciente, instrucción de cepillado, eliminación de factores retentivos de placa.

CIRUGIA

Disyunción quirúrgica

ENDODONCIA

No requiere

OPERATORIA

Amalgama oclusal del 18, 28.

PROSTODONCIA

Retenedor intrarradicular del 47.

Temporal 47.

ORTODONCIA

- Cirugía ortodóntica
- Aparatología fija ortodóntica bimaxilar para descruzar mordida y alinear planos.
- Rehabilitación protésica.

MANTENIMIENTO

Terapia de soporte.

TRATAMIENTO DE ELECCION

PERIODONCIA

Motivación al paciente, instrucción de cepillado, eliminación de factores retentivos de placa.

CIRUGIA

No requiere.

ENDODONCIA

No requiere

OPERATIRIA

Amalgama oclusal 18,28.

PROSTODONCIA

Retenedor intraradicular del 47.

Temporal 47.

ORTODONCIA

- Colocar aparatología ortodóntica fija bimaxilar (Brackets).
- HIRAX, tornillo expansor para dar crecimiento transversal del paladar.
- Rehabilitación oral.

MANTENIMIENTO

Terapia de soporte.

DIAGNOSTICO DE MODELOS

1. SAGITAL ANTEROPOSTERIOR

- Clasificación de Angle no aplicable.
- Clasificación canina : Derecha II
Izquierda III

2. VERTICAL

- Mordida abierta

3. TRANSVERSAL

- Micrognatismo, mordida cruzada posterior, mordida anterior abierta.

4. OTROS DIAGNOSTICOS

- Destrucción coronal del diente 47.

DIAGNOSTICOS DEFINITIVOS ORTODONTICOS

*** ESQUELETICOS**

- Biretrognatismo
- Clase II esquelética.
- Hiperdivergente
- Retromentonismo

*** DENTALES**

- Biprotusión dental
- Proinclinación incisiva.

*** TEJIDOS BLANDOS**

- Perfil convejo
- Retroquelia superior
- Propelia inferior

EVIDENCIA CIENTIFICA

Es importante saber identificar los hábitos que puede presentar el paciente, ya que los mismos pueden llegar a producir maloclusiones dentarias.

En esta parte se debe colocar todos los detalles y características del hábito que presenta nuestro paciente :

- Por succión de dedos, labios, lengua y chupos.
- Queilofagia
- Onicofagia
- Rechinar los dientes
- Respiración oral.

CARACTERISTICAS DE UN RESPIRADOR ORAL

- Retrusión del maxilar inferior.
- Protrusión del labio y dientes superiores
- Incompetencia labial
- Deglución atípica
- Paladar Ojival

El tratamiento de un respirador oral debe ser multidisciplinario a fin de investigar y tratar el problema desde todos los ángulos y así tener una mejor evolución y pronóstico.

AVACFA : Asociación Venezolana sobre anomalías craneo-faciales. 2002.



medicohomepage.com/avacfa/

presione para regresar al índice de

Sociedades y Asociaciones

AVACFA
Asociación
Venezolana
sobre
Anomalías
Craneofaciales

¿ Que problemas presentan en la región oral en un paciente con trastornos de ventilación, oído y el habla?

La cual fue respondida por la

Dra. Doreen Araque Bustillos, Odontólogo Ortopedista Funcional.

La Odontología al igual que todas las ciencias médicas han alcanzado gran desarrollo, **no escapando del concepto integral de la Medicina Moderna, que es observar al paciente como un <<Ente Total>>**,

Es decir, programar un tratamiento multidisciplinario simultáneo a fin de **investigar y tratar el problema desde todos los ángulos** y así de obtener una mejor evolución y mejor pronóstico de una enfermedad X, un buen ejemplo es el niño respirador bucal.

El niño respirador bucal o incompetente respirador nasal, entra en este coloquio porque él presenta características tales como:

- Retrusión del maxilar inferior
- Protrusión del labio y dientes superiores.
- INCOMPATIBILIDA de los labios para lograr el cierre.



Fig. 1 Niño respirador bucal con: retrusión maxilar inferior, protrusión dientes superiores, incompatibilidad de los labios para realizar el cierre durante la deglución

- Colocación del labio inferior entre los dientes superiores e Inferiores a fin lograr el cierre necesario durante la deglución.
- Deglución Atípica
- Paladar ojival

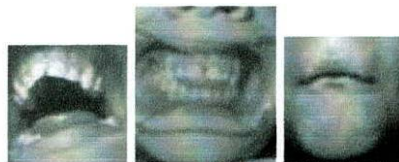


Fig. 2, paladar ojival, colocación del labio inferior entre los dientes superiores e inferiores para realizar el cierre durante la deglución, colocación de la lengua entre ambos maxilares durante la deglución " deglución atípica"

- Desviación del Septum nasal
- Hipoacucias
- Tejidos adenoideos hipertrofiados

[Quienes somos](#)

[Coloquio](#)

[1. Pregunta](#)

[2. Pregunta](#)

[Evento](#)

[Contacto](#)

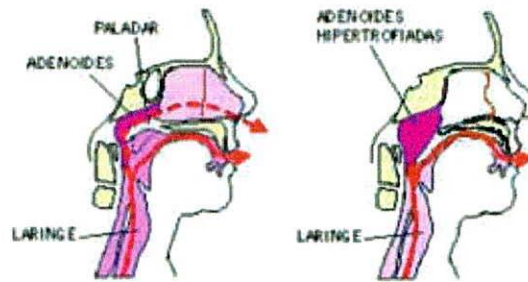


Fig. 3. Esquema que representa los cambios en la rinofaringe, del paladar y como consecuencia de ello, los cambios en el tabique nasal de un paciente respirador nasal, comparándolo con un paciente respirador bucal o deficiente respirador nasal. El paciente respirador nasal presenta la rinofaringe permeable al paso de aire, el paladar es cóncavo, con una forma como tendría un círculo y el tabique nasal recto. El respirador bucal presenta la rinofaringe obstruida por tejido adenoideo que dificultan el paso de aire, el paladar con la concavidad parecida a la dada por la mitad de un huevo, es decir alto; éste paladar alto empuja el tabique nasal, el cual sufre deformación en forma de S itálica.

Todo este cuadro clínico, trae problemas en la comunicación verbal y corporal porque al perder la forma el órgano bucal, pierde su valor como caja de resonancia produciéndose alteraciones, las cuales la Dra. Mireya Campos de Rosete explicará con más propiedad.

El niño al nacer presenta una ligera retrusión del maxilar inferior, la cual será corregida rápidamente si la alimentación es por amamantamiento y más lentamente si esta se hace con teteros, pero si los teteros tienen los huecos muy grandes la respiración bucal se instaura.

Los problemas en el ámbito corporal son:

- Cabeza hacia delante y hacia abajo
- Respiración intercostal superior entrecortada y rápida
- Distensión de los músculos estomacales
- Cifosis y lordosis

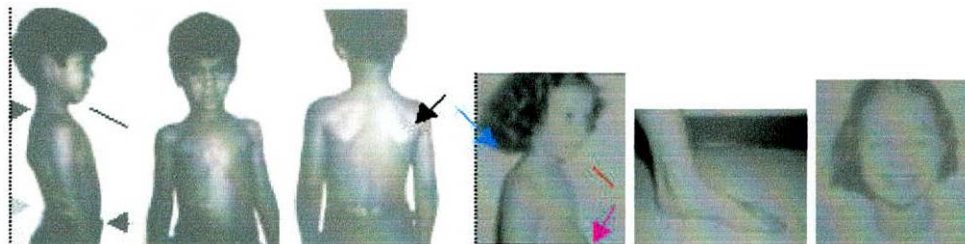


Fig. 4. Mirada triste, ojeras marcadas, cabeza adelante y abajo en posición de reposo y al caminar, escápulas prominentes, cifosis y lordosis, pie plano.

De cifosis y lordosis se han expresados muchos criterios en cuanto a la etiología de las mismas pero hoy me referiré a los conceptos emitidos por MARCIER Y DUTHI, ellos describen al niño como de tipo especial mirada ida y distraída, esto desde el punto de vista ORTOPEDICO FUNCIONAL, no se debe a que el niño tenga ningún trastorno especial, sino que al ser la respiración intercostal superior hay menos ventilación, al perder la boca su forma también se pierde el equilibrio de la presión intrabucal necesario para el correcto funcionamiento de la Trompa de Eustaquio, razón por la cual no oye bien, por lo tanto no comprende bien y por ello es distraído y retraído. En cuanto a la deglución, el niño DEBE tragar rápido para poder respirar de nuevo, por ello prefiere las comidas blandas, CREÁNDOSE un círculo vicioso que hace que se agraven las lesiones antes descritas, por lo cual él cambia el centro de equilibrio del cuerpo, el cual va situándose cada vez más anteriormente, al adelantarse este centro se necesitará mover hacia

cada vez más antenómicamente, al adelantarse este centro se necesitara mayor base de sustentación para que el niño no se caiga, por lo tanto el pie se aplanan, es por ello que es lento en sus movimientos.

Los puntos susceptibles de modificaciones están destacados con triángulos negros en el esquema que se presenta a continuación.

Respirador Nasal



Respirador Bucal



Fig. 5 - Representación esquemática que muestra cómo el niño a medida que se intensifica la respiración bucal, va perdiendo el centro de equilibrio, el cual se sitúa cada vez más anterior. La pérdida del centro de equilibrio hace que se produzcan modificaciones en puntos susceptibles del cuerpo, marcados en el esquema por los triángulos negros.

La influencia del órgano bucal sobre otras funciones del organismo se deben a:

- su origen embrionario común a otras entidades, los arcos branquiales,
- Y, a su relación con 9 de los 12 pares craneales, en especial el V, VII, IX, X, XII
- Es por ellos problemas alejados del órgano bucal tienen relación con él y problemas del órgano bucal pueden causar lesiones alejadas del sitio inicial del problema..

Arcos Branquiales

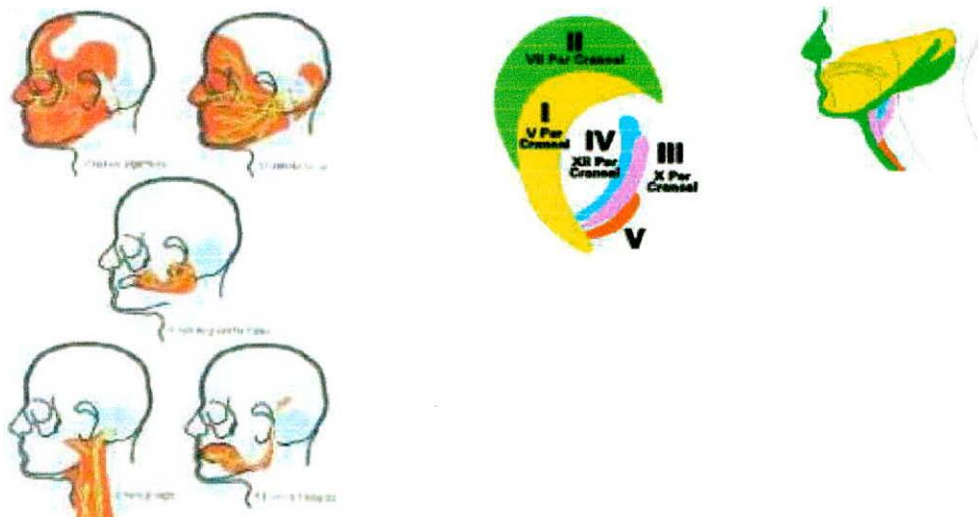


Fig. 6 - La influencia del órgano bucal sobre otras funciones del organismo se deben a su

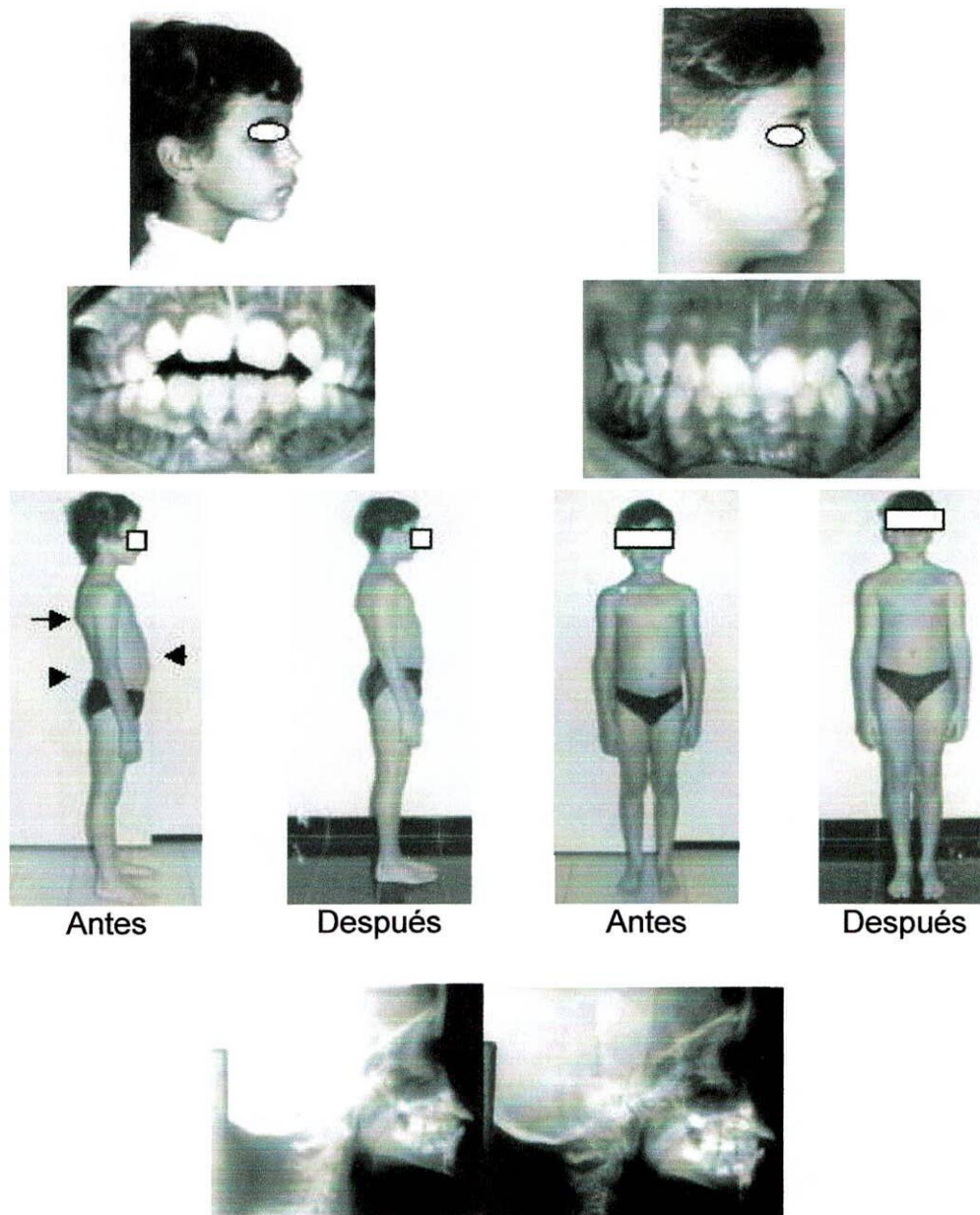
Fig. 6. La influencia del órgano bucal sobre otras funciones del organismo se deben a su origen embrionario común a otras entidades, los arcos branquiales. Y, a su relación con 9 de los 12 pares craneales, en especial el V, VII, IX, X, XII. Es por ellos problemas alejados del órgano bucal tienen relación con él y problemas del órgano bucal pueden causar lesiones alejadas del sitio inicial del problema..

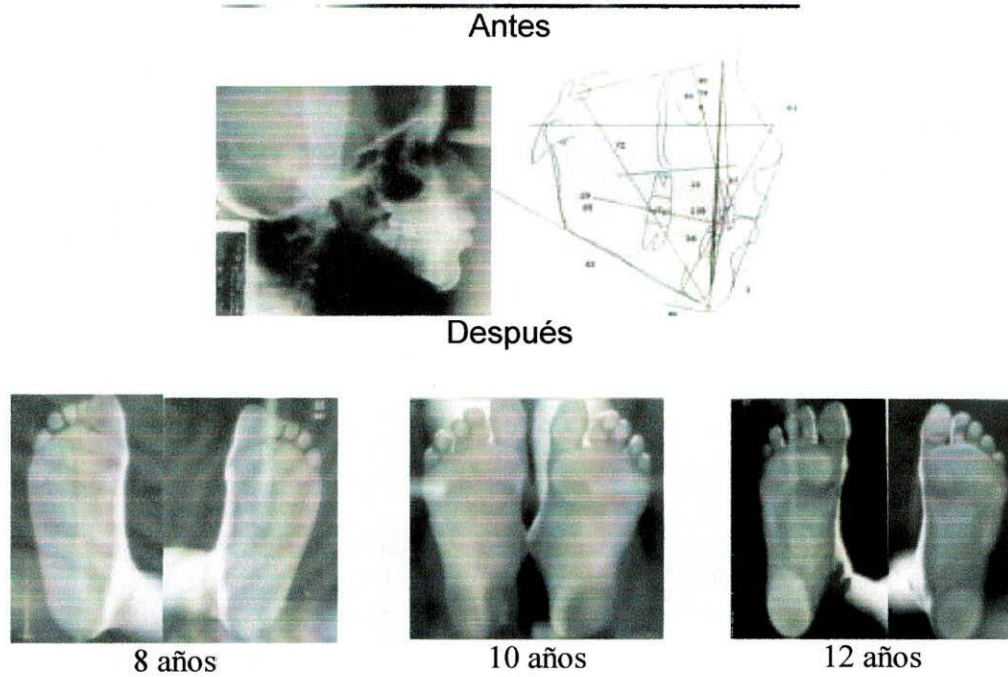
Todo esto tiene solución, cuando el niño es tratado en forma simultánea por un equipo multidisciplinario, se obtendrá la solución definitiva del problema.

El tratamiento odontológico para la corrección de las funciones del órgano bucal, es de vital importancia, a fin de evitar recidivas tanto de las lesiones propias, como de las lesiones alejadas de él.

A fin de demostrar de forma práctica se presenta un caso clínico que evidencia lo dicho anteriormente.

CASO CLINICO





A través de este caso clínico podemos observar que al modificarse la respiración de un niño, con el tratamiento Ortopédico Funcional, se producen cambios beneficiosos en la boca y en todo el organismo.

medicohomepage.com
[hogar](#)

medicos: [la idea](#) | [su medicohomepage](#) | [publicar artículo](#) | [síntomas de pacientes](#) | [cómo contactarnos](#)
pacientes: [buscar médico](#) | [explique sus síntomas](#) | [tests especiales](#)
farma: [laboratorios](#) | [medicamentos](#)

Copyright © [digiVEN.com](#). All rights reserved.

CONCLUSIONES

- Se adquirió la capacidad de diagnosticar y elaborar un plan de tratamiento adecuado para éste tipo de pacientes.
- Se identificaron las características que presentan éste tipo de pacientes.
- Se proporcionó al paciente un tratamiento de acuerdo a las necesidades manifestadas de acorde a su situación económica.

BIBLIOGRAFIA

- ZAMORA, Carlos Y DUARTE, Sergio. Atlas de Cefalometría. Análisis Clínico y Practico. 2003.
- PLASENCIA, E. Revista Española de Ortodoncia. DEPARTAMENTO DE ORTODONCIA, FACULTAD DE MEDICINA Y ODONTOLOGIA DE VALENCIA, VALENCIA. 1997. 27. (3), 335-39.
- AVACFA : Asociación Venezolana sobre anomalías cráneo-faciales. 2002.