

Razonamiento terapéutico en un caso de protrusión de incisivos superiores

Caso clínico

Dres.: S. Carazo *, L. Carriere *, B. de la Higuera *, M. J. Escuin * y J. M. Ustrell **

Facultad de Odontología.
Universidad de Barcelona

RESUMEN

El caso estudiado corresponde a una niña de 13 años y 1 mes, que acude a la consulta de ortodoncia por una ligera protrusión de incisivos superiores.

Presenta una oclusión de clase I, molar y canina, y clase I esquelética. Con una discrepancia inferior de 4 mm, un patrón de crecimiento dólico, y un perfil recto con el surco supramentoniano borrado.

Ante una paciente de estas características se nos plantean diversas posibilidades de tratamiento, con o sin extracciones, e incluso la posibilidad de no tratar.

Historia clínica

Paciente mujer, de 13 años y 1 mes de edad.

Su motivo de consulta es una protrusión en incisivos centrales superiores.

Antecedentes generales sin interés. Antecedentes familiares, madre biprotrusiva.

Es respiradora bucal, con presencia de amígdalas y adenoides, sin

presentar ningún otro hábito.

En el análisis morfológico facial, vemos una cara larga con el tercio medio e inferior aumentado (Fig. 1).

Un perfil plano, con sellado labial forzado y el surco supramentoniano desdibujado (Fig. 2).

A la exploración intraoral, no hay patología de mucosas, ligera gingivitis marginal.

Tampoco existen problemas de ATM.



Fig. 1



Fig. 2

* Licenciado en Odontología.
** Profesor Titular.



Figs. 3, 4 y 5.

En el análisis de las arcadas en oclusión, la paciente no muestra anomalías transversales ni verticales. La relación sagital es de clase I molar y canina, derecha e izquierda, con un ligero overjet de incisivos centrales superiores (Figs. 4-5).

Estudio radiológico:

- Ortopantomografía: Presencia de todos los dientes permanentes y de gérmenes de cordales superiores e inferiores.
- Telerradiografía de perfil: El análisis cefalométrico estudiado es el análisis de Ricketts (Fig. 6)
 - Valoración dentaria:

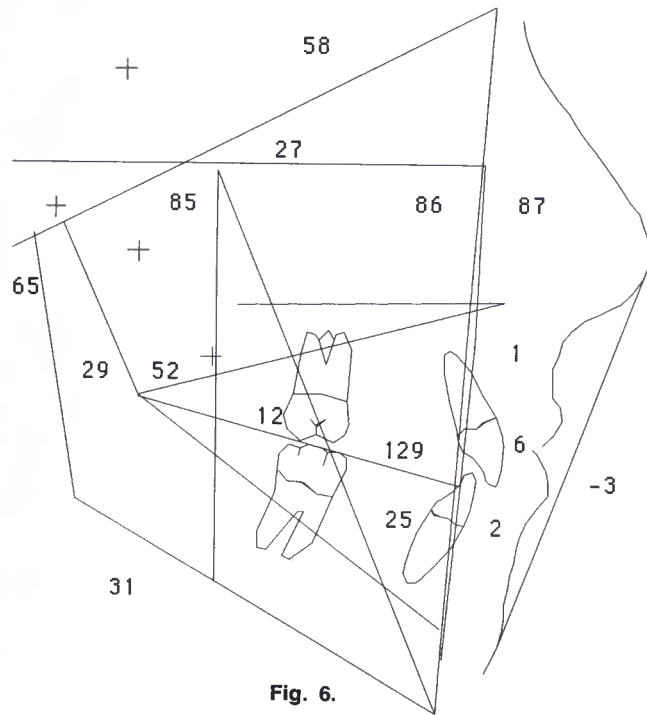


Fig. 6.

Clase I molar y canina, con overbite normal y un resalte de 4 mm.

La posición del incisivo inferior con respecto a su plano de referencia es correcta, de 2 mm; encontrando el incisivo superior ligeramente protruido (Tabla 1).

- Valoración esquelética: Estamos ante una clase I esquelética, con una convexidad normal; su profundidad maxilar y facial son normales, ambas con tendencia al retrognatismo. Con un tercio medio e inferior de valores aumentados. En relación a la mandíbula, encontramos un ángulo del plano mandibular aumentado, una longitud del cuerpo mandibular normal, y una altura facial posterior aumentada (Tabla 2).

Diagnóstico

Paciente con clase I dental y esquelética, con discrepancia del maxilar inferior de 4 mm, y discreta irregularidad de incisivos superiores.

Una posición del incisivo inferior

DENTURE RELATIONS

Mx Dentition

Mx 1 to APO	(mm)	6.5	3.5	1.3 *
Mx 1 to FH	(dg)	110.5	111.0	-0.1
Mx 6 to PTV	(mm)	12.4	17.0	-1.6 *

Md Dentition

Md 1 to APO	(mm)	2.2	1.0	0.5
Md 1 Inclination	(dg)	24.6	22.0	0.6
Md 1 Extrusion	(mm)	0.2	1.2	-0.5
Hinge Axis Angle	(dg)	87.8	90.0	-0.5

Mx/Md Dentition

Interincisor Angle	(dg)	129.3	130.0	-0.1
Molar Relation	(mm)	-1.1	-3.0	1.9 *
Incisor Overjet	(mm)	4.5	2.5	0.8
Incisor Overbite	(mm)	1.0	2.5	-0.7

Tabla 1.

CRANIAL RELATIONS

Cranial Structure

Ant Cranial Base	(mm)	58.4	59.4	-0.4
Post Facial Ht	(mm)	66.7	54.8	3.6 ***
Cranial Deflect	(dg)	27.1	27.3	-0.1
Porio Localitation	(mm)	-39.2	-38.6	-0.3
Ramus Position	(dg)	71.5	76.0	-1.5 *

Mx Position

Maxillary Depth	(dg)	87.1	90.0	-1.0
Maxillary Height	(dg)	64.9	55.2	3.2 ***
SN-Palatinal Plane	(dg)	9.1	1.3	2.2 **

Md Position

Facial Depth	(dg)	85.8	88.3	-0.9
Facial Axis	(dg)	85.1	90.0	-1.4 *
Mandibular Plane	(dg)	30.6	24.2	1.4 *
Total Facial Ht	(dg)	64.8	60.0	1.6 *
Facial Taper	(dg)	63.6	68.0	-1.2 *

MX/MD RELATIONS

Maxilla

Convexity	(mm)	1.4	0.9	0.3
-----------	------	-----	-----	-----

Mandible

Corpus Length	(mm)	73.7	73.8	-0.0
Mandibular Arc	(dg)	28.6	29.8	-0.3

Maxilla/Mandible

Lower Facial Ht	(dg)	52.2	45.0	1.8 *
-----------------	------	------	------	-------

Tabla 2.

de 2,2 mm con respecto al plano A-Po, y protrusión de incisivos superiores. El patrón facial es dolicocefá-

lico, con hiperdivergencia de maxilares y un patrón neuromuscular hipotónico.

Discusión

De los análisis cefalométrico y facial se desprende un problema fundamentalmente vertical, con una estética propia de estos pacientes dólicos. Si consideramos que es poseedora de una oclusión correcta en clase I de Angle, con unas bases óseas bien relacionadas entre sí, y que con el tratamiento ortodóncico no resolveríamos en gran medida su problema vertical, podríamos pensar en la posibilidad de no tratar.

No obstante, la paciente nos refiere un problema, y sí existe un ligero apiñamiento, el cual lo resolveríamos con un striping de canino a canino, y alineación y nivelación de las arcadas con arcos continuos. Conservando así su biprotrusión dentaria, y no modificando su perfil facial.

Pero la decisión de efectuar extracciones en los pacientes protrusivos está impuesta por la necesidad de corregir el exceso de adelantamiento dento-alveolar y la consiguiente mejoría funcional en el sellado de labios y la estética facial. La reposición de los incisivos inferiores nos dará un contorno más marcado del surco supramentoniano, que en estos casos suele estar bastante desdibujado. Así se propuso la extracción de los primeros o segundos premolares superiores e inferiores, siendo la de estos últimos la más aceptada por ser la que nos resolvería en mayor medida su problema de aumento de dimensión vertical, al trasladar hacia una posición más mesial la cuña de oclusión, permitiendo a su vez una alteración mínima de su plano estético, sin temor a dejarlo en una posición demasiado retrognática relacionándolo con el potencial de crecimiento de su nariz.