



R.A.A.O.

Revista del Ateneo Argentino de Odontología



UNIDAD OPERATIVA DE LA
UNIVERSIDAD
FAVALORO

DIRECCIÓN:
ANCHORENA 1176
(C1425 ELB) C.A.B.A.

ISSN: 0326.3827

R.A.A.O.

REVISTA DEL ATENEO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA

EDITOR RESPONSABLE

Comisión Directiva del Ateneo
Argentino de Odontología

DIRECTOR

Dr. Carlos Guberman

COORDINADORA

Dra. Gladys Erra

COMITÉ DE SELECCIÓN

Dra. Patricia Indkevitch
Dr. Eduardo Muiño
Dra. Marcela P. Sánchez
Dr. Carlos Vaserman
Dra. Patricia Zaleski

*Es propiedad del
ATENEO ARGENTINO
de ODONTOLOGÍA
Anchorena 1176
(C1425ELB) Bs. As.
Tel/Fax: 4962-2727*

EDICIÓN Y DISEÑO GRÁFICO

Ma. Victoria Inverga
Gabriela Fraga

DIR. NAC. DEL DERECHO DE AUTOR

N.º de inscripción 96804103
Ley N.º 11.723
Moreno 1228
(C1437BRZ) Buenos Aires

COMISIÓN DIRECTIVA

Presidenta: Dra. Marcela Sánchez – **Vicepresidenta:** Dra. Gladys Erra
Secretaria: Dra. Lilian Pivetti – **Prosecretaria:** Dra. M. Mercedes Robilotta
Tesorera: Dra. Alejandra Flores – **Protesorero:** Dr. Roberto Veitz

VOCALES TITULARES

Dra. Liliana Periale – Dra. Patricia Zaleski – Dra. Giselle Fernández Galvani
Dra. Elena Morán – Dr. Mario Beszkin – Dr. Carlos Vaserman

VOCALES SUPLENTE

Dra. Magdalena Nagy – Dra. Alicia Aichenbaum
Dra. María Adela Gumiela – Dra. Claudia Zaparart – Dra. Viviana Rinemberg

COMISIÓN FISCALIZADORA

Titulares: Dr. Mario Torres, Dr. Lautaro Lemlich, Dr. Jorge M. García
Suplentes: Dr. Carlos Castro, Dra. Noemí Lisman

COMISIONES

Asesoría científica: Dra Beatriz Maresca, Lic. Pablo Cazau y Dr. Carlos Vaserman

Becas: Dras. Romina Bleynat y Mariela Kocuta

Bioseguridad e infectología: Dres. Carlos Vaserman y Roberto Veitz

Boletín informativo: Dras. Lilian Pivetti y María Mercedes Robilotta

Centro Documental y Biblioteca: Dres. Juan Farina y Magdalena Nagy

Clínicas: Dra. Patricia Zaleski

Asesora de Ortodoncia: Dras. Romina Bleynat y Claudia Zaparart

Congresos y Jornadas: Dres. Gladys Erra, Alejandra Flores, Patricia Indkevitch, Diana Kaplan, Beatriz Melamed y Roberto Veitz

Cursos: Dras. Gladys Erra y Lilian Pivetti

Estatutos y reglamentos: Dr. Mario Beszkin

Extensión cultural: Dras. Magdalena Nagy y María Mercedes Robilotta

Gremiales: Dres. Giselle Fernández Galvani, Carlos Vaserman y Héctor Zlotogwiazda

Relaciones interinstitucionales: Dras. Emma Duarte Duarte, Claudia Liva y Lilian Pivetti

Noviembre 2019

Las opiniones expresadas en esta publicación no reflejan necesariamente el punto de vista del AAO, a menos que hayan sido adoptadas por el mismo.

Intercambio internacional: deseamos canje con revistas similares. We wish to Exchange with similar magazines. Deseamos permutar con as revistas congeneres. Nous désirons établir échange avec les revues similaires.



ateneo@ateneo-odontologia.org.ar



www.ateneo-odontologia.org.ar



/ateneoargentino.odontologia



R.A.A.O.

REVISTA DEL

Ateneo Argentino de Odontología

sumario

EDITORIAL

5

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ENDODONCIA

6

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR

7

AMELOBLASTOMA: CASO CLÍNICO PATOLÓGICO EN PEDIATRÍA

8

JESSIKA SUSANA AYMARÁ NAVARRO LÓPEZ, ANALÍA CONTRERAS LAFUENTE,
DIANA EMILIA FALCÓN, MARILINA GLADYS SASSARI SANDOVAL,
BERTHA MERCEDES VALDOVINOS ZAPUTOVICH

8

EL PACIENTE ORTODÓNCICO EN DENTICIÓN MIXTA Y LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

13

PABLO ECHARRI, MIGUEL ÁNGEL PÉREZ-CAMPOY, JAVIER ECHARRI

LA ORTODONCIA Y LA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA COMO ALIADAS EN EL TRATAMIENTO

26

MARÍA ADELA GUMIELA, EDUARDO JUAN MUIÑO,
CLAUDIA MORÓN, MARIELA TORIGGIA, LUCIA CASTRO

OSTEONECROSIS POR BIFOSFONATOS: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

36

SOFIA PÉREZ RANGEÓN, ALEJANDRO OSTROSKY, DAIANA PÉREZ,
ELENA MAIDOL, EDUARDO CANDELO, ROMÁN LELL

**VÍNCULO ENTRE SALUD ORAL Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE. APOORTE
DE LA ORTODONCIA-ORTOPEDIA A LA SALUD BUCAL
DEL ADULTO MAYOR. PARTE 2**

41

BEATRIZ LEWKOWICZ

**ANÁLISIS DE DIFERENTES PROTOCOLOS CEFALOMÉTRICOS
LATERALES. PARTE I: PROTOCOLO**

52

STELLA MARIS FLORES, EDITH LOSOVIZ, LILIANA PERIALE

ALERTA BIBLIOGRÁFICO

60

AGENDA DE CONGRESOS Y JORNADAS

62

CLÍNICAS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

64

HOMENAJE DR. JAIME FISZMAN

65

NORMAS PARA AUTORES

67



EDITORIAL

¿Cuántas horas de nuestros días pasamos trabajando? Muchas, quizás más de las que quisiéramos. ¿Cuánto influyen nuestros ámbitos laborales en nuestras ideas, valores y visiones del mundo? Mucho, quizás más de lo que somos conscientes.

Los espacios de trabajo son fundamentales para recoger las crecientes demandas sociales y promover así, una mayor equidad de género entre varones, mujeres y otras identidades.

Nuestro país enfrenta enormes desafíos al respecto. A pesar del notable aumento de la participación laboral de las mujeres en las últimas dos décadas, las mujeres participan un 20% menos que los varones en el mercado de trabajo. Para aquellas que participan, el salario que perciben es, en promedio, 27% inferior al de los varones. Esto se explica en parte porque la inserción laboral de las mujeres se da mayoritariamente en sectores ligados al “cuidado” (educación, salud y servicio doméstico) donde se registran peores condiciones de trabajo. El desempleo, la subocupación y la informalidad son más altas en las mujeres que en los varones. Buena parte de la explicación de estas brechas de género proviene de una asignación de roles que se percibe como natural y que históricamente ha dado al varón un rol “productivo” y a la mujer un rol “reproductivo”. Las mujeres dedican el triple de horas que los varones a las tareas domésticas y al cuidado de sus familiares.

Otra dimensión de las demandas sociales en favor de un mundo más equitativo, persigue la eliminación de la violencia y el acoso contra las mujeres. Recientemente, en el seno de la 108ª Conferencia Internacional del Trabajo de la Organización Internacional del Trabajo (OIT), representantes de gobiernos, empleadores y trabajadores de 187 países, aprobaron el Convenio 190 sobre la eliminación de la violencia y el acoso en el mundo del trabajo. Es el primer instrumento normativo en este tema de la historia. Una vez que Argentina lo ratifique, el país deberá adaptar su legislación y sus políticas para promover espacios de trabajo que prevengan y den respuesta a situaciones de violencia y acoso laboral. Sin esperar este proceso legislativo, muchas empresas, sindicatos, universidades y organizaciones de todo tipo, han iniciado la elaboración de protocolos y la puesta en marcha de dispositivos para prevenir y abordar este tipo de situaciones.

Desde espacios como el Ateneo Argentino de Odontología es fundamental sumarse a esta demanda social. Como ámbito de trabajo y de formación de ideas, valores y visiones del mundo es imperioso comprometerse a generar un espacio que promueva una mayor equidad de género entre varones, mujeres y otras identidades.

Javier Cicciaro
Politólogo



INSCRIPCIÓN 2020

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ENDODONCIA

Título Universitario de Especialista en Endodoncia Res. CONEAU 337/17

Directora: Prof. Dra. Beatriz Maresca
Coordinador: Dr. Juan Meer

Duración: 24 meses - Carga Horaria: 1056 horas.

Al completar la Carrera el cursante obtiene el título oficial de
"Especialista en Endodoncia" otorgado por la Universidad Favaloro

CONTENIDOS:

- Endodoncia. Ciencia, Técnica y Clínica.
- Asignaturas Cocurriculares: Taller de Búsqueda Bibliográfica. Inglés Técnico.
- Metodología de la Investigación.
- Clínica de Endodoncia.
- Laboratorio de Entrenamiento.
- Formación Biopsicosocial.
- Integración disciplinaria: Operatoria Dental - Prótesis - Periodoncia.
- Ateneos de casos clínicos.

METODOLOGÍA DE TRABAJO:

- Actividad presencial

INFORMES E INSCRIPCIÓN:

Ateneo Argentino de Odontología

Dr. Tomás Manuel Anchorena 1176 - CABA - Buenos Aires - Argentina

011 4962-2727 - ateneo@ateneo-odontologia.org.ar

www.ateneo-odontologia.org.ar



INSCRIPCIÓN 2020

CARRERA DE ESPECIALIZACIÓN EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR

Título Universitario de Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar Res. CONEAU 261/14

Directores: Dra. Liliana Periale, Dr. Eduardo Muño

Coordinadores: Dra. Rosana Celnik - Dra. María Adela Gumiel - Dra. Patricia Zaleski

Duración: 36 meses - Carga Horaria: 3244 horas

Modalidad Presencial: de Lunes a viernes de 9 a 17 hs.

Modalidad B-Learning: 1 semana al mes de 8 a 20 hs.

CONTENIDOS:

- Tratamientos de las maloclusiones en todos los grupos etarios
- Manejo de la aparatología ortopédica y ortodóncica
- Metodología de la investigación
- Inglés técnico
- Plataforma virtual -modalidad asincrónica
- Tutor virtual—tutor docente-asistencial--tutor tesina

INFORMES E INSCRIPCION:

Ateneo Argentino de Odontología

Dr. Tomás Manuel Anchorena 1176 - CABA - Buenos Aires - Argentina

011 4962-2727 - ateneo@ateneo-odontologia.org.ar

www.ateneo-odontologia.org.ar

AMELOBLASTOMA: CASO CLÍNICO PATOLÓGICO EN PEDIATRÍA

JESSIKA SUSANA AYMARÁ NAVARRO LÓPEZ*, ANALÍA CONTRERAS LAFUENTE**,
DIANA EMILIA FALCÓN***, MARILINA GLADYS SASSARI SANDOVAL****,
BERTHA MERCEDES VALDOVINOS ZAPUTOVICH*****

*Odontóloga. Doctorando. Becaria de Perfeccionamiento de la Secretaría General de Ciencia y Técnica Universidad Nacional del Nordeste. Profesora Universitaria. Profesora en Educación Secundaria. Especialista en Docencia y Gestión Universitaria. Docente Adscripto Cátedra Clínica Estomatológica Facultad de Odontología Universidad Nacional del Nordeste. Jefe de Trabajos Prácticos Cátedra Anatomía y Fisiología Patológica Facultad de Medicina, Universidad Nacional del Nordeste.

**Odontóloga. Especialista en Cirugía y Traumatología Buco Máxilo Facial. Servicio de Odontología del Hospital Pediátrico Juan Pablo II.

***Odontóloga. Doctorando. Docente auxiliar Módulo Morfofunción I y II cátedra Histología y Embriología Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste.

****Médica cirujana. Especialista en Anatomía Patológica y Citología. Especialista en Docencia y Gestión Universitaria. Jefe de trabajos prácticos. Cátedra de Anatomía y Fisiología Patológica Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste.

*****Médica cirujana. Especialista en Anatomía Patológica y Citología. Pediatría. Medicina Legal. Profesora Titular de la cátedra Anatomía y Fisiología Patológica, Facultad de Medicina Universidad Nacional del Nordeste. Profesora titular cátedra Histología y Embriología, Facultad de Odontología, Universidad Nacional del Nordeste. Jefe de Servicio de Anatomía Patológica y Citología, Hospital Pediátrico Juan Pablo II.

RESUMEN

El ameloblastoma es un tumor benigno derivado del epitelio odontogénico, clasificado actualmente de acuerdo al CIE 10-EO/SNOMED en el capítulo de tumores (neoplasia) benigna como D16.5/M-93100. Presenta un patrón de crecimiento lento, localmente agresivo, pudiendo causar, o no, grandes deformaciones faciales, en mandíbula o maxilar superior. De localización preferencial mandibular, el 75%, en el área molar y rama ascendente; mientras que, en maxilar superior, se concentran en el área molar con posible compromiso de seno maxilar y suelo de fosas nasales. La edad de presentación más frecuente es entre 20-40 años, siendo rara en pacientes pediátricos. En el tratamiento del mismo se valora tipo clínico, localización y tamaño del tumor, y la edad del paciente.

El presente caso clínico destaca la importancia del oportuno diagnóstico clínico-patológico, su clasificación y el uso de nuevas técnicas complementarias.

Palabras clave: ameloblastoma, tumores odontogénicos, pediátrico, clasificación OMS 2017.

ABSTRACT

Ameloblastoma is a benign tumor derived from the Odontogenic epithelium, currently classified according to ICD 10-EO / SNOMED in the Chapter of Benign Tumors (Neoplasia) as D16.5 / M-93100. It has a slow growth pattern, locally aggressive, may or may not cause large facial deformations, in the jaw or upper jaw. Preferential mandibular location, 75% in the molar area and ascending limb; while in the upper jaw they are concentrated in the molar area with possible involvement of the maxillary sinus and the floor of the nostrils. The most frequent age of presentation is between 20-40 years, being rare in pediatric patients. In the treatment of the same, clinical type, location and size of the tumor, as the age of the patient, is assessed.

The present clinical case highlights the importance of the appropriate clinical-pathological diagnosis, its classification and the use of new complementary techniques.

Keywords: ameloblastoma odontogenic tumors, pediatric, classification OMS 2017.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud define al Ameloblastoma, como una neoplasia polimórfica, derivada de los componentes epiteliales residuales del desarrollo del diente; caracterizado por su crecimiento lento, comportamiento invasivo-agresivo local, con gran tendencia a recidivar y metástasis ocasional (1). El mayor número de casos se presenta a partir de la segunda a la quinta década de vida, siendo poco frecuente en los pacientes pediátricos (2).

En la nueva clasificación de la OMS (2017), se encuentra incluido en tumores benignos compuestos por epitelio odontogénico con estroma fibroso maduro sin ectomesénquima Odontogénico. Entre los que se destacan: restos de la lámina dental, epitelio reducido del esmalte, de Malassez, células basales del epitelio superficial (3), y epitelio de quistes odontógenos en especial el dentígero y odontomas (4). Se desconocen los factores desencadenantes o estímulos necesarios para que se produzca la transformación neoplásica de estas estructuras epiteliales, con frecuencia posterior a extracciones dentales, quistectomías u otros traumatismos orales.

Los ameloblastomas probablemente constituyan la mayor controversia y desafío en cuanto a su conducta biológica local agresiva, histopatología, su elevada tasa de recurrencia, su leve potencial metastático y manejo clínico en la práctica odontológica de adultos y pediátricos (5).

En general, la región del ángulo, cuerpo y/o rama mandibular son los sitios de predilección de muchos tumores. Radiográficamente son zonas radiolúcidas y radiopacas orientan en favor de algunos diagnósticos, como también su aspecto radiolúcido multiloculado o panal de abejas (ameloblastoma, mixoma) (6). Finalmente, la histopatología es la que dará casi siempre el diagnóstico definitivo.

CASO CLÍNICO

Paciente de 13 años de edad de sexo masculino. Peso 129,400 kg. Mide 1,65 cm. IMC 47,5. El padre presenta antecedentes familiares de cardiopatías HTA, madre con HTA, abuela materna con artrosis HTA, y abuelo paterno con DBT.

El paciente acude a la consulta hospitalaria por presentar una tumefacción del lado izquierdo en relación al resto radicular de 36, la cual fue medicada

con amoxicilina 875 mg, más Ac. clavulánico, durante 7 días, sin remitir mejoría, al no responder al tratamiento antibiótico y antiinflamatorio, se procede a la extracción del resto radicular del 36 y continuando con la medicación, se le da el alta en la parte de odontología general, se deriva al Servicio de Cirugía Buco Máxilo Facial porque en la zona retromolar se palpa una tumefacción. Ingresa al Servicio de Cirugía Buco Máxilo Facial con diagnóstico presuntivo de adenoflemón dentario, se realiza radiografías, ecografías de partes blandas, biopsia de la región del ángulo de la mandíbula, donde el cuadro histomorfológico es compatible con ameloblastoma.

El paciente derivado de consultorio externo de máxilo facial, con diagnóstico de tumor mandibular (ameloblastoma) es medicado con amoxicilina + Ac. clavulánico hace 24 h por presentar registros febriles de 24 h de evolución, dolor e impotencia funcional, consulta al Hospital Pediátrico donde se decide su internación. A la inspección clínica el paciente presenta un estado regular, clínico y hemodinámicamente estable, febril, normohidratado, y con adecuada suficiencia cardiorrespiratoria. Presenta en hemiarcada izquierda, tumoración dolorosa de aproximadamente 12 x 18 cm, con signos de flogosis y fauces rosados. Ambas tablas óseas mandibulares izquierdas con crepitación en la zona de molares. Se observa fistula oclusal en la zona de molares con supuración y olor fétido, dolores eventuales en la zona.

Diagnóstico: ameloblastoma sobreinfectado.

Hallazgo radiográfico

En radiografía panorámica se observa molar en posición horizontal cercano a borde mandibular, premolares en erupción, así como el segundo molar en desplazamiento distal fuera de oclusión. En tomografía axial computada (TAC) se observa que la zona radiolúcida se extiende desde el tercio inferior de la rama mandibular izquierda hasta el canino inferior izquierdo, que se correlaciona con la imagen panorámica.

Hallazgos histopatológicos

Los cortes histomorfológicos evaluados con H/E presentan múltiples fragmentos de tejido en donde se observa revestimiento del tipo epitelial caracterizado por presentar células basales cilíndricas empalizadas (tipo ameloblástico), con núcleos desplazados (polarización inversa). Los centros de estos nidos celulares están compuestos por células poliédricas grandes, dispuestas en forma de laxa de tipo "retículo estrellado"

y en área, aislados micro quistes (vinculable a la degeneración de áreas centrales).

El patrón predominante observado es folicular con aislados focos acantomatosos. Coexiste tejido fibroso y aisladas fibras musculares, estriadas y cambios tisulares por defecto a maniobra quirúrgica de toma del material.

Tratamiento

Resección quirúrgica hemimandibular derecha (con bloqueo intermaxilar), dejando tercio superior de la rama mandibular para colocación de placa de reconstrucción desde escotadura sigmoidea hasta el borde de la sínfisis (altura 41-42), acceso intra y extra bucal con conservación de periostio, se calcula resección con márgenes, según cálculos de TAC. Se realizó hemimandibulectomía, reconstrucción con placa, injerto de hueso de costilla por ameloblastoma.

Discusión

El ameloblastoma, estadísticamente, se desarrolla con mayor frecuencia en la región molar y en la rama mandibular; si se hallase en la mandíbula sería común localizarlo en la región molar, aunque en algunos casos también se podría desarrollar en el seno maxilar (7).

El 80% de los casos de ameloblastoma son de tipo sólido multiquistico y el resto, el 20%, son monoquisticos (8). Los estudios de Reicharts estiman que el 51% de la incidencia de lesiones son de tipo sólido-multiquistica y el 49%, unquisticos (9). Desde la sugerencia de un acuerdo entre el análisis de nuestro caso con los de Kramer y Regezi, no hallamos ninguna correlación entre los síntomas clínicos, el comportamiento biológico y el subtipo histológico (10). Según Reichart, el tipo histológico más habitual es la lesión folicular comparada con el 33,9 % que propone la literatura (11).

Considerando que el tratamiento presenta recidiva, generalmente sería importante que los pacientes con esta patología tuviesen un seguimiento de por vida a través de la tomografía computarizada (CT) y con tomografía de resonancia magnética (MRT).

El tratamiento del ameloblastoma es quirúrgico, en tanto, se debe tener presente la decisión de usar un planteamiento más conservador o radical, dependiendo de una serie de factores tales como:

1. las dimensiones y la localización de la lesión,
2. la media de crecimiento y la relación con otras estructuras cercanas,
3. el tipo histológico,

4. las características clínicas de la lesión recurrente,
5. las condiciones de salud general y la edad del paciente,
6. entre esta serie de factores, el histológico juega un papel decisivo.

Por tanto, el planteamiento conservador es conveniente en los casos en los que no existiese un quiste no invasivo y no proliferativo. La localización de esta lesión parece influir en el riesgo de recurrencia del ameloblastoma localizado en el tercio posterior de la mandíbula.



IMAGEN 1: LM HC835225. TUMEFACCIÓN FACIAL SOBRE CUERPO Y RAMA MANDIBULAR IZQUIERDA HPJPII. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL DE FRENTE.

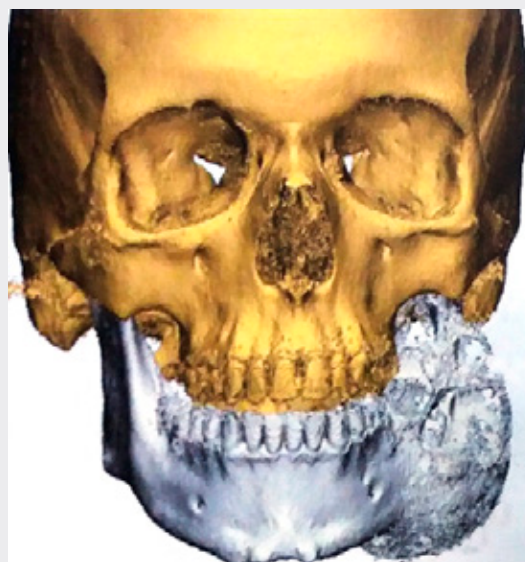


IMAGEN 2: LM HC 83525. MODELO VIRTUAL GENERADO (NUEVA TÉCNICA DIAGNÓSTICA INTRODUCIDA EN CIRUGÍA BUCOMAXILOFACIAL). VISTA FRONTAL DE LESIÓN TUMORAL VESTIBULAR IZQUIERDA. AMELOBLASTO SÓLIDO Y MULTIQUÍSTICO EN REGIÓN MANDIBULAR.



IMAGEN 3: LM HC 83525. TOMOGRAFÍA CONE BEAN CON RECONSTRUCCIÓN 3D. VISTA FRONTAL. LESIÓN LOCALIZADA EN RAMA Y CUERPO MANDIBULAR DESDE PIEZA DENTARIA 37.



IMAGEN 4: LM HC 83525. IMPRESIÓN TRIDIMENSIONAL MANDIBULAR. SE APRECIA LESIÓN EN RAMA Y CUERPO MANDIBULAR DESDE DISTAL DE PIEZA DENTARIA 35.

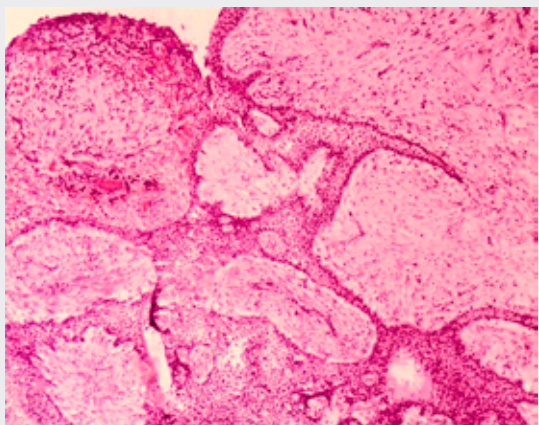


IMAGEN 5: LM HC 83525. MICROFOTOGRAFÍA 4X HE. EL EXAMEN HISTOPATOLÓGICO DEMOSTRÓ LA PRESENCIA DE ISLAS DE EPITELIO ODONTOGÉNICO EN UN ESTROMA FIBROSO. EL EPITELIO CONSISTÍA EN CÉLULAS BASALES QUE SE ASEMEJABAN AL ÓRGANO DEL ESMALTE, MOSTRANDO UNA VACUOLIZACIÓN CITOPLÁSMICA Y UNA POLARIZACIÓN INVERSA DE LOS NÚCLEOS QUE DIERON COMO RESULTADO UN AMELOBLASTOMA SÓLIDO Y MULTIQUÍSTICO.

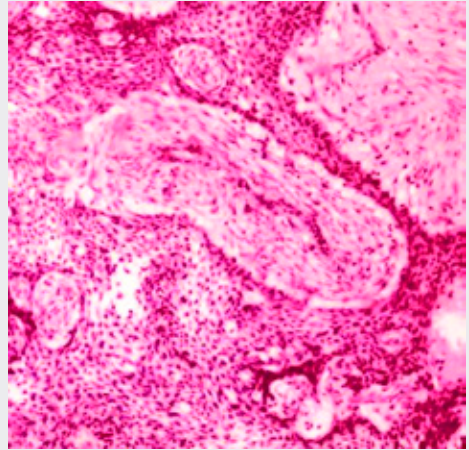


IMAGEN 6: LM HC 83525. MICROFOTOGRAFÍA 40X HE. SE OBSERVA REVESTIMIENTO EPITELIAL CARACTERIZADO POR PRESENTAR CÉLULAS BASALES CILÍNDRICAS EMPALIZADAS DEL TIPO AMELOBLÁSTICO, CON NÚCLEOS DESPLAZADOS (POLARIZACIÓN INVERSA) LOS CENTROS DE ESTOS NIDOS CELULARES ESTÁN COMPUESTOS POR CÉLULAS POLIÉDRICAS GRANDES, DISPUESTAS EN FORMA DE LAXA DE TIPO "RETÍCULO ESTRELLADO" Y EN ÁREA AISLADOS MICROQUÍSTES (VINCULABLE A DEGENERACIÓN DE ÁREAS CENTRALES).

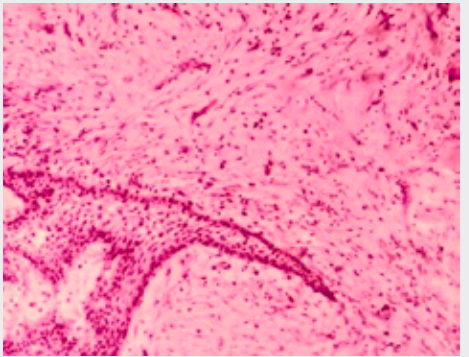


IMAGEN 7: SE OBSERVA, EN MAYOR PROPORCIÓN CÉLULAS POLIÉDRICAS GRANDES, ASPECTO ESTRELLADO, CON RECUBRIMIENTO EPITELIAL DE ASPECTO AMELOBLÁSTICO.

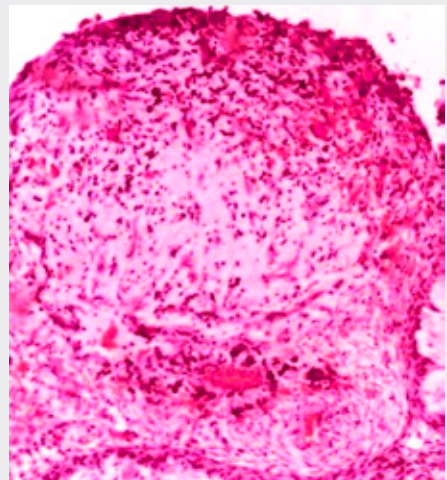


IMAGEN 8: ASPECTO HISTOPATOLÓGICO DE AMELOBLASTOMA SE CARACTERIZA POR EL REVESTIMIENTO EPITELIAL DONDE SE APRECIAN HIPERCROMATISMO, CAMBIO DE POLARIDAD EN ESTAS CÉLULAS. APARENTES FOCOS HEMÁTICOS.

CONCLUSIÓN

El ameloblastoma se caracteriza por ser un tumor benigno que deriva del epitelio odontogénico, de crecimiento lento pero localmente agresivo, pudiendo causar deformaciones faciales llevando a la destrucción buco maxilo facial, y a recidiva si no se realiza una adecuada exéresis quirúrgica. Existe poco reportes de casos en pacientes pediátricos, entendiendo que esto se debe a que su mayor frecuencia se da en edades adultas. Ahora bien, los tratamientos que debe recibir un ameloblastoma muchas veces son puntos de controversia, pero para tomar la decisión es indiscutible que se debe considerar una serie de factores como ser diagnóstico histopatológico, tamaño y localización anatómica de la lesión, edad y condiciones físicas del paciente.

En fin, el presente caso clínico deja en evidencia la importancia de un diagnóstico patológico correcto, el uso de las nuevas técnicas complementarias y el trabajo interdisciplinario para su resolución clínica.

BIBLIOGRAFÍA

1. Torres Lagares, D., Infante Cossio, P., Hernández Guisado, J. M., & Gutiérrez Pérez, J. L. (2005). Ameloblastoma mandibular: Revisión de la literatura y presentación de seis casos. *Medicina Oral, Patología Oral y Cirugía Bucal* (Ed. impresa), 10(3), 231-238.
2. Di Cosola, M., Turco, M., Bizzoca, G., Tavoulari, K., Capodiferro, S., Escudero-Castaño, N., & Lo Muzio, L. (2007). El ameloblastoma del hueso maxilar y mandibular: un estudio clínico basado en nuestra experiencia. *Avances en Odontoestomatología*, 23(6), 359-373.
3. Cortegoso, V. B. (2001). Ameloblastoma Uniquístico-La importancia de un diagnóstico histológico. Universidad de la República-Facultad de Odontología-Cátedra de Anatomía Patológica. Montevideo, Uruguay.
4. Pozo, J. A., & Yañez, J. E. (2011). Ameloblastoma uniquístico, bases del tratamiento conservador. Presentación de caso clínico y actualización de la bibliografía. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 33(2), 88-92.
5. Argandoña Pozo, J., & Espinoza, J. (2010). Ameloblastoma uniquístico, bases del tratamiento conservador: Presentación de caso clínico y actualización bibliográfica. *Revista Española de Cirugía Oral y Maxilofacial*, 32(2), 88-91.
6. Gonzaga Torres, M. Y. (2014). Estudio del ameloblastoma como tumor benigno de las partes blandas de los maxilares, diagnóstico y tratamiento (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología).
7. Sánchez, M. M. C., Delgado, L. A. A., Vélez, R. G. M., & García, K. L. (2019). Reconstrucción de Mandíbula en Pacientes con Ameloblastoma mediante Injerto de Peroné Cutáneo. *Recimundo*, 3(1), 175-184.
8. Guzman, G., & Arevalo, I. M. (2008). Ameloblastoma perisférico, neoplasia poco frecuente. Revisión bibliográfica y reporte de caso clínico. *Duazary*, 5(2), 121-124.
9. Flores, A. M. A., Díaz, M. I. P., López, R. G. F., Baeza, J. M., Carrasco, F. G., Torres Urbina, C. A., & Salvador, J. L. V. (2014). Malignant ameloblastoma. A case report. *Revista Mexicana de Cirugía Bucal y Maxilofacial*, 10(1), 4-11.
10. Sevillano Monterroso, R. A. (2017). Manejo quirúrgico del ameloblastoma. definición, diagnóstico y técnica quirúrgica.
11. Alcívar Giler, L. M., & Pesantes Cobo, E. J. (2019). Prevalencia de ameloblastomas en el Hospital Teodoro Maldonado Carbo 2013-2018 (Bachelor's thesis, Universidad de Guayaquil. Facultad Piloto de Odontología).

Lugar de trabajo:

Servicio de Anatomía Patológica y Citología, Hospital Pediátrico Juan Pablo II. Asociado a Facultad de Medicina, UNNE (resolución 866/00 CD).

Contacto:

Dirección: Av. Artigas 1435 (CP: 3400), Corrientes, Argentina.

Correo electrónico: anatomiajuanpablo2@gmail.com

Teléfono: 3794- 596112 / 3794- 669191

EL PACIENTE ORTODÓNCICO EN DENTICIÓN MIXTA Y LOS TRASTORNOS RESPIRATORIOS DEL SUEÑO

PABLO ECHARRI*, MIGUEL ÁNGEL PÉREZ-CAMPOY**, JAVIER ECHARRI***

*Director del Máster de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial, Athenea Dental Institute (Universidad San Jorge).

**Coordinador del Máster de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial, Athenea Dental Institute (Universidad San Jorge).

***Profesor del Máster de Ortodoncia y Ortopedia Dentofacial, Athenea Dental Institute (Universidad San Jorge).

RESUMEN

Los desórdenes respiratorios del sueño (DRS) y, principalmente, roncopatías y apneas obstructivas afectan aproximadamente al 7% de los pacientes ortodóncicos. Los DRS no solo son importantes por la cantidad de pacientes afectados, sino por la gravedad de los posibles efectos secundarios a nivel de la salud general del paciente. La obstrucción de las vías aéreas superiores (VAS) provoca alteraciones del crecimiento y deformaciones craneofaciales importantes, por lo que el tratamiento temprano y la prevención de la respiración oral es muy importante.

El papel del ortodoncista es muy importante en el diagnóstico y en el tratamiento de los DRS, pero también en su prevención, realizando tratamientos que aumenten la dimensión y la permeabilidad de las VAS. El protocolo de exploración interdisciplinar en niños y adolescentes y la cefalometría de vías aéreas son importantes en el diagnóstico y deben ser tenidos en cuenta en el plan de tratamiento. Pero las pruebas más significativas, el CBCT de vías aéreas y la polisomnografía no son pruebas rutinarias por la dificultad logística y el precio de estas pruebas. En este artículo también se recomiendan los tratamientos de ortodoncia más indicados en estos casos y que tienden al aumento de la dimensión de las VAS.

Palabras clave: tratamiento ortodóncico temprano, desórdenes respiratorios del sueño, osas, roncopatías.

ABSTRACT

Sleep breathing disorders (SBD) and in the first place, roncopathy and obstructive apnea, affect approximately 7% of orthodontic patients. The SBD are not only important for the number of affected patients, but also for the severity of the possible side effects at the level of general health of a patient. The upper air ways (UAW) obstruction provokes important alterations in growth and craniofacial deformations, and this is why the early treatment and prevention of mouth breathing are very important.

The role of an orthodontist in diagnosis and treatment of SBD is very important, but it is also in its prevention, carrying out the treatments which increase the dimension and permeability of UAW. The protocol of interdisciplinary examination in children and adolescents and the air ways cephalometry analysis have an important role in diagnosis and they should be taken into account in treatment planning. But the most important tests, the air ways CBCT and polysomnography, are not routine tests due to the complicated logistics and their cost. In this article, the orthodontic treatments most indicated in these cases are recommended, because they tend to increase the UAW dimension.

Keywords: Early orthodontic treatment, sleep breathing disorders, OSAS, roncopathy.

INTRODUCCIÓN

Rorha et al. (1) sugieren en su estudio que aproximadamente el 7% de los adolescentes bajo tratamiento ortodóncico tiene riesgo significativo de padecer DRS. De ahí la importancia de que los ortodoncistas tengan conocimientos sobre ellos (principalmente roncopatías y apneas obstructivas del sueño).

Los DRS no solo son importantes por su prevalencia, sino también por todos sus efectos asociados. Martínez-Beneyto (2) afirma que los niños con SAHOS muestran mayor demanda asistencial al menos dos años antes del tratamiento. Ello puede implicar un deterioro de la salud global y puede estar presente años antes de que la abordemos.

El papel del ortodoncista es muy importante en el diagnóstico y en el tratamiento de los DRS, pero también en su prevención, realizando tratamientos que aumenten la dimensión y la permeabilidad de las VAS.

Los DRS empiezan por afectar la posición corporal durante el sueño. Dayyat et al. (3) demuestra que los niños con OSAS duermen más tiempo en posición supina que en posición de lado, especialmente si presentan obesidad, y los niños con OSAS presentan una gran prevalencia de somnolencia diurna (4). También Ding et al. (5) explica que la hipoxia nocturna intermitente causada por el OSAS puede provocar actividad simpática (que se mide por la α -amilasa en saliva como marcador no invasivo) y la enuresis nocturna. La enuresis se alivia en niños con OSAS mediante la adeno-amigdalectomía.

Hamasaki et al. (6) afirman en su estudio que los niños con OSAS demuestran más problemas de aprendizaje. Yu et al. (7) realiza un estudio en el que se comparan las actividades cognitivas entre niños con OSAS y pacientes sanos de control. Se valoraron: inteligencia general, memoria, función de atención ejecutiva y capacidad verbal; y los niños con OSAS demostraron valores menores que los pacientes control. También mostraron una mejoría significativa de estos valores transcurridos de entre 6 a 12 meses después de la adeno-amigdalectomía.

Esposito y cols. (8) encuentran que los niños afectados de OSAS muestran una menor función ejecutiva, incluyendo posiciones anormales durante el sueño y con un pico de prevalencia de los 2 a 8 años. Asimismo recomiendan la observación del sueño en niños con problemas cardiovasculares o neurocognitivos como una disminución de concentración, memoria, habilidades de aprendizaje y dificultades motoras.

Cassano et al. (9) establecen que el OSAS puede causar retraso en el crecimiento y la adenoamigdalectomía puede resolver el síndrome en muchos casos. Este estudio demuestra que, después de la cirugía, en los siguientes tres meses, los niños crecieron una media de 2,93 cm; el índice de masa corporal aumentó 0,72 kg/m². También aumentó el peso y mejoraron los parámetros inmunológicos de IgG, IgA e IgM y el crecimiento (medido con la hormona de crecimiento y el factor de crecimiento-1) en el análisis de sangre. En conclusión, los niños con OSAS demuestran un retraso del crecimiento que se acelera después de la adenoamigdalectomía, mejorando también el sistema inmunitario.

Los niños con OSAS también pueden presentar más complicaciones, como tener afectado el número de células endoteliales progenitoras y disfunción vascular (10).

La principal causa de roncopatías y alteraciones del sueño en niños son la hipertrofia adenoidea y/o amigdalar¹¹. La codificación de las amígdalas (Dr. Durán) y de las adenoides (Linder-Aronson) son muy importantes para realizar el diagnóstico (12,13,14).

La roncopatía crónica es considerada normal en la población pediátrica y este desorden es normalmente atribuido a la hipertrofia de adenoides y amígdalas, pero también se deben considerar otras múltiples obstrucciones anatómicas. En contraste con los desórdenes respiratorios del sueño o Sleep Apnea, en adultos está predominantemente asociada con la obesidad; en los niños está asociada con la hipertrofia de adenoides y amígdalas y hechos morfológicos, como una cara larga y delgada (patrón dólcofacial), ángulo aumentado del plano mandibular, paladar estrecho y apiñamientos severos en ambas arcadas. Los pacientes alérgicos con resfriados frecuentes presentan habitualmente respiración oral, por estos motivos si se observan signos o síntomas de desórdenes respiratorios del sueño deben ser remitidos a los especialistas de medicina del sueño, pero también al ortodoncista, para corregir las anomalías dento-esqueléticas (15).

También se observan alteraciones a nivel craneofacial. Katyal et al. (16) realiza una revisión sistemática y un meta-análisis de la literatura verificando un soporte estadístico para la asociación entre los desórdenes respiratorios del sueño en niños y la disarmonía craneofacial compatible con la clase II esquelética.

También Katyal et al. (17) establece que los niños con desórdenes respiratorios del sueño y pérdida de ca-

lidad de vida se caracterizan por unas dimensiones sagitales reducidas de la naso y oro-faringe, mordida cruzada palatina y dimensiones transversales y dentoeleolares reducidas en ambas arcadas. La expansión mejora la calidad de vida a corto plazo, pero se requieren más estudios a largo plazo para confirmarlo.

Por otra parte, los cambios en la posición mandibular afectan significativamente las dimensiones de las vías aéreas. La nasofaringe aumenta su volumen en la apertura, mientras que el volumen de la cavidad nasal y la orofaringe, así como el área del paladar blando, disminuyen. También en la apertura, el área más contraída de la faringe disminuye significativamente (18).

Este estudio muestra que los pacientes con desplazamiento de disco temporomandibular tienen una postura cráneo-cervical extendida, con patrón de clase II hiperdivergente, pero que no afecta a la posición del hioides¹⁹. Sin embargo la mayoría de los autores están de acuerdo con que la posición del hioides está afectada en los pacientes con OSAS. Pirilä-Parkkinen et al. (20) estudió 70 niños con roncopatía habitual y síntomas de OSAS por más de 6 meses, divididos en 3 grupos: 26 niños con OSAS diagnosticada; 17, con signos de síndrome de resistencia de las vías aéreas superiores; y 27 niños con roncopatías. Se utilizó un grupo control de 70 niños sin obstrucción. Los niños con desórdenes respiratorios se caracterizaron por una clase II esquelética, mayor inclinación del plano mandibular, mayor altura facial total e inferior, paladar blando más delgado, menores dimensiones de las vías aéreas a nivel de la naso y de la orofaringe, una posición más inferior del hueso hioides y ángulos craneocervicales mayores.

Mientras que Dalmau et al. (21) argumenta que no hay relación estadísticamente significativa entre el patrón esquelético sagital y vertical con las dimensiones de la vía aérea, otros autores dicen que existe una relación entre el patrón esquelético y el tamaño de las vías aéreas, y que además, el tamaño de las vías aéreas y la respiración afectan a la posición de los maxilares (12, 13).

Sato et al. (22, 23) compararon niños con OSAS tratados con terapia medicamentosa con niños tratados con terapia medicamentosa y quirúrgica (adenotomigdalectomía). Se recomienda un análisis morfológico para decidir el tipo de terapia. Está más indicada la cirugía en pacientes que muestran una posición más retrusiva de la mandíbula (Clase II), más post-

rotación del plano mandibular, más estenosis de la vía aérea a nivel de nasofaríngea y mayor longitud del paladar blando.

Passali (et al.) (24) determinó que la hipertrofia de adenoides/amígdalas y la hipoventilación nasal son frecuentes en las roncopatías y OSAS, así como cambios en el comportamiento. La polisomnografía no se puede realizar rutinariamente por que existen pocos centros especializados y por su elevado coste, pero sí se pueden realizar los tests de funcionalidad nasal para hacer el diagnóstico diferencial entre OSAS y otras patologías.

Anderson et al. (25) realiza un estudio en el que se intenta identificar las razones de los fallos de la adenotomigdalectomía en el tratamiento de los desórdenes respiratorios del sueño en niños. Se estudian factores como la desproporción máxilo-mandibular, la medida del ángulo goníaco en relación con la inclinación de la epiglotis, y el colapso de la base de la lengua medidas en CBCT. Este estudio piloto sugiere que el colapso de la base de lengua está relacionado con los ángulos goníacos mayores en niños con desórdenes respiratorios, pero que la inclinación de la epiglotis es un signo subrogado al colapso de la base de lengua.

Alsufyani et al. (26) realiza mediciones en CBCT de niños después de adenotomías o amigdalectomías. En su estudio demuestra que la permeabilidad de las vías aéreas superiores aumenta por lo menos un 150% y se produce una reducción de la constricción de, por lo menos, un 15% (con una media del 40% al 55% después de las cirugías).

Venekamp et al. (27) demuestra que los beneficios de la adenotomigdalectomía temprana en niños tiene una moderada evidencia científica en términos de la calidad de vida, la valoración objetiva de la atención y los valores neurocognitivos, pero una alta evidencia científica en la mejora de los valores de la polisomnografía.

Kallunki et al. (28) describe que los pacientes con amígdalas hipertróficas, comparado con los estándares de la edad, muestran un aumento de la dimensión vertical. Pero, después de realizar o amigdalectomía o reducción amigdalal, no se ven diferencias en el tipo de crecimiento. La amigdalectomía provoca más dolor y más complicaciones post-quirúrgicas.

Al Ali et al. (29) encontró diferencias en la forma de la cara, estadísticamente significativas entre las mujeres asmáticas y no asmáticas, en especial en el an-

cho entre las alas de la nariz. Las asmáticas fueron las más anchas (0,4 mm). En cuanto a la cara, las pacientes asmáticas presentaron caras 0,4 mm más cortas. No se encontraron diferencias en los pacientes masculinos.

En cuanto a la terapia con avance mandibular, existe alguna controversia. Mientras que Liu et al. (30) indica que la terapia con avance mandibular para el SAHOS previene la fatiga de los genioglosos y una distribución anormal de las fibras en estos músculos; Nazarali et al. (31) afirma que existe limitada evidencia científica de que el avance mandibular mejore el AHI a corto plazo, pero son necesarios estudios a medio y largo plazo para asegurar su efectividad.

Pirilä-Parkkinen et al. (32) estudió 41 niños y demostró que los niños con desórdenes respiratorios mostraron mordida abierta anterior, clase II molar simétrica o asimétrica, apiñamiento en la arcada inferior, cambios de posición de la cabeza, mandíbula y lengua.

Lee et al. (33) hizo un meta-análisis de los cambios en los parámetros de la polisomnografía antes y después de la adenoamigdalectomía comparando los resultados entre niños obesos y no obesos. Los resultados fueron que los parámetros mejoran especialmente en los niños no obesos después de la cirugía, pero que puede quedar una OSA residual. Con lo cual, es importante realizar el seguimiento de estos pacientes.

Korayem et al. (34) observó una reducción de la longitud del maxilar y de la mandíbula de los pacientes con OSAS.

Marino et al. (35) mostró en su estudio que los niños preescolares con OSAS muestran un patrón esquelético de clase II, con mandíbula retrognática y divergencia esquelética aumentada.

Flores-Mit et al. (36) realiza una revisión sistemática y un meta-análisis de las características morfológicas craneofaciales asociadas a OSAS en pacientes no sindrómicos. En esta revisión se pone de manifiesto que estos pacientes muestran mentón retrusivo, plano mandibular inclinado, dirección vertical del crecimiento y la tendencia a la maloclusión de clase II. Los ortodoncistas deben referir al paciente a otorrinolaringología si se observan roncopatías, obstrucción para la respiración nasal, alergias significativas, asma u obesidad.

Au et al. (37) define que, para determinar el riesgo de OSAS existen algunos marcadores anatómicos en ni-

ños, además de la obesidad y del tamaño de las amígdalas, como lo son la posición baja del hueso hioides y el engrosamiento de la pared lateral de la faringe medida por métodos sonográficos. La cefalometría y la medición sonográfica deberían ser utilizadas para determinar el riesgo de OSAS junto con la medición de las amígdalas y la obesidad.

Marino et al. (38) demuestra que los niños preescolares con OSAS y maxilares retrognáticos se benefician del tratamiento con la expansión rápida palatina.

Müller-Hagedorn et al. (39) demuestra que los niños con síndrome de craneosinostosis (como los síndromes de Apert, Crouzon o Pfeiffer) son propensos a padecer desórdenes respiratorios del sueño, como el OSAS. Los autores los trataron con una placa palatina de Tübingen modificada con una extensión velar de una forma efectiva y segura.

DISCUSIÓN

Los niños afectados por DRS pueden presentar desórdenes muy graves a nivel de calidad de vida, neurocognitivos y cardio-vasculares. Ellos afectan aproximadamente a un 7% de los pacientes ortodóncicos, por lo que su diagnóstico y tratamiento es de suma importante.

Queda claro también que la obstrucción de las VAS tiene una gran influencia en el crecimiento, no solo en la velocidad del crecimiento, sino también en la provocación malformaciones de la cara y cambios en la fisiología y en la postura, por lo que deben ser tratados en cuanto se detectan, para evitar malformaciones más graves.

Los hechos morfológicos más asociados con los DRS son: cara larga y delgada (patrón dolicofacial), dirección vertical del crecimiento, crecimiento vertical aumentado del maxilar con post-rotación mandibular, ángulo aumentado del plano mandibular, paladar estrecho con posible mordida cruzada posterior, apiñamientos severos en ambas arcadas, curva de Spee aumentada, mentón retrusivo, y tendencia a la maloclusión de clase II esquelética. Pero también se puede producir disminución de vía aérea en la clase III esquelética con retrognatia maxilar.

Si bien no son la única causa de obstrucción de la VAS, la hipertrofia de amígdalas y de adenoides son determinantes en estos pacientes. El tratamiento quirúrgico no solo es el más efectivo, sino que también se ha demostrado que los pacientes muestran

una mejora significativa e inmediata después de este tratamiento, especialmente en la disminución de las roncopatías, la normalización de la respiración y la mejora en la dirección del crecimiento facial. La reeducación funcional, a cargo de logopedas después del tratamiento quirúrgico de amígdalas, es muy beneficioso.

En cuanto al tratamiento ortodóncico, es importante incluir en el diagnóstico la permeabilidad de las VAS, e inclusive la interconsulta con otros especialistas cuando sea necesario. Recomendamos utilizar el protocolo interdisciplinario de detección para niños y adolescentes (12, 13, 14).

También se debe realizar la cefalometría de vías en el diagnóstico habitual, pero especialmente en pacientes señalados por el protocolo interdisciplinario de exploración para niños y adolescentes (13). Los valores de las vías aéreas medidos en la cefalometría son en dos dimensiones; también se debe tener en cuenta la posición vertical y sagital del hioides, pero la prueba que es más significativa es el CBCT, porque es tridimensional, o la endoscopia realizada por un otorrinolaringólogo, porque es no-invasiva. En cuanto al OSAS, el protocolo interdisciplinar sirve para una primera valoración, pero la prueba *“golden standard”* es la polisomnografía aunque normalmente no se realiza en niños por el coste y por la dificultad de realización en este tipo de pacientes, ya que deben dormir en el centro hospitalario, por lo que se reserva a casos graves o especiales.

Entonces el protocolo que seguimos es:

1. Si la historia clínica revela posible respiración oral o DRS: se realiza el protocolo interdisciplinar de exploración para niños y adolescentes.
2. Si el protocolo da un resultado positivo: se realiza la cefalometría de vías aéreas en la misma telerradiografía de perfil del paciente.
3. Si fuera necesario: se indica una visita a ORL para endoscopia o un CBCT de vías aéreas.
4. Si se observan posibles complicaciones de los DRS (trastornos del aprendizaje, complicaciones cardiovasculares): se indica una visita al neumólogo para realizar una polisomnografía.

Los tratamientos de ortodoncia deben tener en cuenta la capacidad respiratoria del paciente. Aquellos que favorecen el aumento de permeabilidad de las vías aéreas en general, y, especialmente, en los pacientes en dentición mixta, son:

- En clase I: tratamientos que provoquen expansión (mejor aún disyunción) y protrusión. Evitar

tratamientos que retruyan los dientes. Los tratamientos de disyunción y expansión favorecen una posición más alta de la lengua, e inclusive un aumento transversal no solo de la cavidad oral, sino también de las fosas nasales. La protrusión permite una posición más adelantada de la lengua. Ello también favorece, en muchos casos, una posición más adelantada del velo del paladar.

- En clase II: y especialmente en los casos con retrognatia mandibular y patrón meso o braquifacial, los tratamientos más favorables son los de avance mandibular y la expansión/disyunción de la arcada superior. En clase II con patrón dólico-facial y post-rotación mandibular (muy frecuente en estos pacientes con facies adenoidea), el tratamiento más indicado es el control del crecimiento vertical del maxilar, la expansión transversal, para así, provocar la ante-rotación mandibular, que favorece una mejor posición de la lengua y del hueso hioides.
- En clase III: los tratamientos más indicados para aumentar las VAS son la expansión/disyunción y la tracción anterior.
- El aumento de dimensión vertical también es beneficioso.

CASOS CLÍNICOS

Como ejemplo de este tipo de tratamientos ortodóncicos en dentición mixta y que tienen en cuenta el aumento de la dimensión de las vías aéreas, mostraremos un caso de clase II y un caso de clase III esquemáticos.

Caso # 01278

Paciente de 8 años de edad que presenta maloclusión de clase II, 1ª división con overjet y overbite aumentados, clase II esquelética con retrognatia mandibular y con patrón braquifacial. Los registros iniciales se pueden ver en las figuras 1 a 10. Es de especial interés la valoración del espacio faríngeo en la figura 10. Se ha realizado el tratamiento con avance mandibular y expansión transversal superior e inferior con un Twin Block modificado con escudos labiales, para estimular el desarrollo de los labios incompetentes y botones linguales para la reeducación lingual (12) (figs. 11 a 15). Los resultados finales se pueden observar en las figuras 16 a 25. Es de especial interés comparar las telerradiografías de las figuras 10 y 25 para observar el aumento del espacio

faríngeo, especialmente a nivel de orofaringe y, en concreto, a nivel del espacio entre la pared posterior de la faringe y el dorso de lengua conseguido por el avance mandibular. También se mejora la posición del hioides.



FIGURA 1. REGISTROS INICIALES. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL DE PERFIL.



FIGURA 2. REGISTROS INICIALES. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL DE FRENTE.



FIGURA 3. REGISTROS INICIALES. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL DE FRENTE SONRIENDO.



FIGURA 4. REGISTROS INICIALES. FOTOGRAFÍA INTRAORAL DERECHA.



FIGURA 5. REGISTROS INICIALES. FOTOGRAFÍA INTRAORAL CENTRAL.



FIGURA 6. REGISTROS INICIALES. FOTOGRAFÍA INTRAORAL IZQUIERDA.



FIGURA 7. REGISTROS INICIALES. FOTOGRAFÍA OCLUSAL SUPERIOR.



FIGURA 8. REGISTROS INICIALES. FOTOGRAFÍA OCLUSAL INFERIOR.

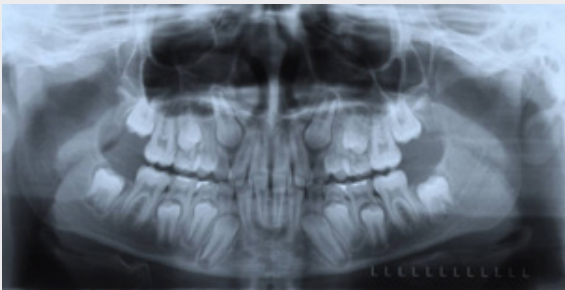


FIGURA 9. REGISTROS INICIALES. ORTOPANTOMOGRAFÍA.



FIGURA 10. REGISTROS INICIALES. TELERRADIOGRAFÍA LATERAL DE CRÁNEO.



FIGURA 11. TRATAMIENTO CON TWIN BLOCK CON BOTONES LABIALES ESTIMULADORES Y BOTONES LINGUALES ESTIMULADORES. FOTOGRAFÍA INTRAORAL DERECHA.



FIGURA 12. TRATAMIENTO CON TWIN BLOCK CON BOTONES LABIALES ESTIMULADORES Y BOTONES LINGUALES ESTIMULADORES. FOTOGRAFÍA INTRAORAL CENTRAL.



FIGURA 13. TRATAMIENTO CON TWIN BLOCK CON BOTONES LABIALES ESTIMULADORES Y BOTONES LINGUALES ESTIMULADORES. FOTOGRAFÍA INTRAORAL IZQUIERDA.



FIGURA 14. TRATAMIENTO CON TWIN BLOCK CON BOTONES LABIALES ESTIMULADORES Y BOTONES LINGUALES ESTIMULADORES. FOTOGRAFÍA OCLUSAL SUPERIOR.



FIGURA 15. TRATAMIENTO CON TWIN BLOCK CON BOTONES LABIALES ESTIMULADORES Y BOTONES LINGUALES ESTIMULADORES. FOTOGRAFÍA OCLUSAL INFERIOR.



FIGURA 16. REGISTROS FINALES. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL DE PERFIL.



FIGURA 17. REGISTROS FINALES. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL DE FRENTE.



FIGURA 18. REGISTROS FINALES. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL DE FRENTE SONRIENDO.



FIGURA 19. REGISTROS FINALES. FOTOGRAFÍA INTRAORAL DERECHA.



FIGURA 20. REGISTROS FINALES. FOTOGRAFÍA INTRAORAL CENTRAL.



FIGURA 21. REGISTROS FINALES. FOTOGRAFÍA INTRAORAL IZQUIERDA.



FIGURA 22. REGISTROS FINALES. FOTOGRAFÍA OCLUSAL SUPERIOR.



FIGURA 23. REGISTROS FINALES. FOTOGRAFÍA OCLUSAL INFERIOR.

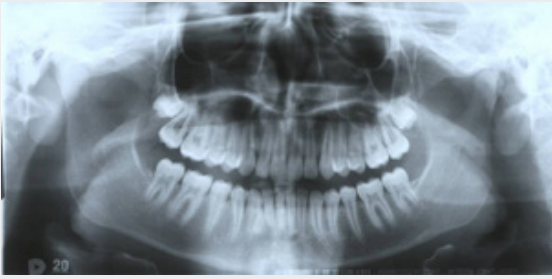


FIGURA 24. REGISTROS FINALES. ORTOPANTOMOGRAFÍA.



FIGURA 25. REGISTROS FINALES. TELERRADIOGRAFÍA LATERAL DE CRÁNEO.

Caso # 01684

Paciente de 6 años de edad que presenta maloclusión de clase III, con mordida cruzada anterior y mordida profunda anterior. Presenta clase III esquelética con retrognatía maxilar y patrón braquifacial. Los registros iniciales se pueden observar en las figuras 26 a 34. El tratamiento se realiza con tratamiento con disyuntor McNamara-Alpern para tracción anterior modificado y máscara facial (12) (figs. 35 y 36). Los resultados obtenidos se pueden observar en las figuras 37 a 46. Es de especial interés comparar las telerradiografías de las figuras 34 y 46 para observar el aumento del espacio de la orofaringe, especialmente entre la pared posterior de la faringe y el dorso del paladar blando, obtenidos por la adenoidectomía y por el avance del maxilar con la tracción anterior.



FIGURA 26. REGISTROS INICIALES. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL DE PERFIL.



FIGURA 27. REGISTROS INICIALES. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL DE FRENTE.



FIGURA 28. REGISTROS INICIALES. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL DE FRENTE SONRIENDO.



FIGURA 29. REGISTROS INICIALES. FOTOGRAFÍA INTRAORAL DERECHA.



FIGURA 30. REGISTROS INICIALES. FOTOGRAFÍA INTRAORAL CENTRAL.



FIGURA 31. REGISTROS INICIALES. FOTOGRAFÍA INTRAORAL IZQUIERDA.



FIGURA 32. REGISTROS INICIALES. FOTOGRAFÍA OCLUSAL SUPERIOR



FIGURA 33. REGISTROS INICIALES. FOTOGRAFÍA OCLUSAL INFERIOR.



FIGURA 34. REGISTROS INICIALES. TELERRADIOGRAFÍA LATERAL DE CRÁNEO.



FIGURA 35. TRATAMIENTO CON DISYUNTOR MCNAMARA-ALPERN PARA TRACCIÓN ANTERIOR MODIFICADO Y MÁSCARA FACIAL. FOTOGRAFÍA INTRAORAL.



FIGURA 36. TRATAMIENTO CON DISYUNTOR MCNAMARA-ALPERN PARA TRACCIÓN ANTERIOR MODIFICADO Y MÁSCARA FACIAL. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL.



FIGURA 37. REGISTROS FINALES. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL DE PERFIL.



FIGURA 38. REGISTROS FINALES. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL DE FRENTE.



FIGURA 39. REGISTROS FINALES. FOTOGRAFÍA EXTRAORAL DE FRENTE SONRIENDO.



FIGURA 40. REGISTROS FINALES. FOTOGRAFÍA INTRAORAL DERECHA.



FIGURA 41. REGISTROS FINALES. FOTOGRAFÍA INTRAORAL CENTRAL.



FIGURA 42. REGISTROS FINALES. FOTOGRAFÍA INTRAORAL IZQUIERDA.



FIGURA 43. REGISTROS FINALES. FOTOGRAFÍA OCLUSAL SUPERIOR.



FIGURA 44. REGISTROS FINALES. FOTOGRAFÍA OCLUSAL INFERIOR.



FIGURA 45. REGISTROS FINALES. ORTOPANTOMOGRAFÍA.

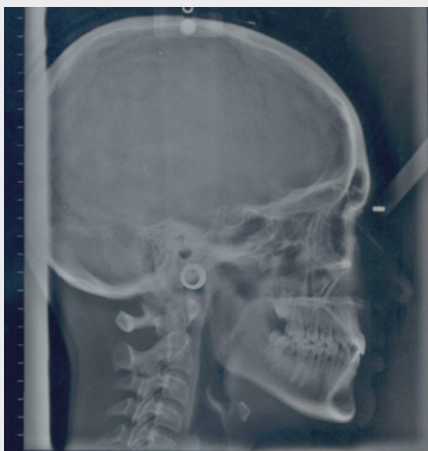


FIGURA 46. REGISTROS FINALES. TELERRADIOGRAFÍA LATERAL DE CRÁNEO.

CONCLUSIONES

La gran prevalencia de los DRS en los pacientes ortodónticos, por la afectación a su salud y al crecimiento y desarrollo, hace que la prevención y el tratamiento temprano sean factores muy importantes a tener en cuenta por el ortodoncista.

El papel del ortodoncista es clave en el diagnóstico y en el tratamiento de los DRS, pero también en su prevención, ya que realiza tratamientos que aumenten la dimensión y la permeabilidad de las VAS. El protocolo de exploración interdisciplinar en niños y adolescentes y la cefalometría de vías aéreas son importantes en el diagnóstico y deben ser tenidos en cuenta en el plan de tratamiento. Sin embargo, las pruebas más significativas, el CBCT de vías aéreas y la polisomnografía, no son rutinarias por la dificultad logística y el precio de estas pruebas.

Los tratamientos de ortodoncia más indicados en estos casos, y que tienden al aumento de la dimensión de las VAS son: los tratamientos de expansión transversal/disyunción, expansión sagital y de avance del maxilar en clase III y de la mandíbula en clase II. El aumento de la dimensión vertical también es beneficioso.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rohra AK Jr, Demko CA, Hans MG, Rosen C, Palomo JM. Sleep disordered breathing in children seeking orthodontic care. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2018 Jul;154(1):65-71.
2. Martinez-Beneyto P, Soria Checa CE, Botella-Rocamora P, Rincon-Piedrahita I, Garcia Callejo FJ, Algarra JM. Lessons from

healthcare utilization in children with obstructive sleep apnoea syndrome. *Acta Otorrinolaringol Esp.* 2017 Nov - Dec;68(6):336-343.

3. Dayyat E, Maarafeya MM, Capdevila OS, Kheirandish-Gozal L, Montgomery-Downs HE, Gozal D. Nocturnal body position in sleeping children with and without obstructive sleep apnea. *Pediatr Pulmonol.* 2007 Apr;42(4):374-9.

4. Paruthi S, Buchanan P, Weng J, Chervin RD, Mitchell RB, Dore-Stites D, Sathwani A, Katz ES, Bent J, Rosen CL, Redline S, Marcus CL. Effect of Adenotonsillectomy on Parent-Reported Sleepiness in Children with Obstructive Sleep Apnea. *Sleep.* 2016 Nov 1;39(11):2005-2012.

5. Ding H, Wang M, Hu K, Kang J, Tang S, Lu W, Xu L. Adenotonsillectomy can decrease enuresis and sympathetic nervous activity in children with obstructive sleep apnea syndrome. *J Pediatr Urol.* 2017 Feb;13(1):41.e1-41.e8

6. Hamasaki Uema SF, Nagata Pignatari SS, Fujita RR, Moreira GA, Pradella-Hallinan M, Weckx L. Assessment of cognitive learning function in children with obstructive sleep breathing disorders. *Braz J Otorhinolaryngol.* 2007 May-Jun;73(3):315-20.

7. Yu Y, Chen YX, Liu L, Yu ZY, Luo X. Neuropsychological functioning after adenotonsillectomy in children with obstructive sleep apnea: A meta-analysis. *J Huazhong Univ Sci Technolog Med Sci.* 2017 Jun;37(3):453-461.

8. Esposito M, Antinolfi L, Gallai B, Parisi L, Roccella M, Marotta R, Lavano SM, Mazzotta G, Precenzano F, Carotenuto M. Executive dysfunction in children affected by obstructive sleep apnea syndrome: an observational study. *Neuropsychiatr Dis Treat.* 2013;9:1087-94

9. Cassano M, Russo G, Granieri C, Ciavarella D. Modification of growth, immunologic and feeding parameters in children with OSAS after adenotonsillectomy. *Acta Otorhinolaryngol Ital.* 2018 Apr;38(2):124-130.

10. Kheirandish-Gozal L, Bhattacharjee R, Kim J, Clair HB, Gozal D. Endothelial progenitor cells and vascular dysfunction in children with obstructive sleep apnea. *Am J Respir Crit Care Med.* 2010 Jul 1;182(1):92-7

11. Coromina J, Estivill E. El niño roncador. El niño con síndrome de apnea obstructiva del sueño. Versión actualizada. 1a ed. Madrid (España): EDIMSA; 2006.

12. Echarri P. Tratamiento ortodóncico y ortopédico de primera fase en dentición mixta. 2ª ed. Madrid (España): Ripano Médica; 2008.

13. Echarri P. Diagnóstico y plan de tratamiento en ortodoncia. Madrid (España): Ripano Médica; 2014.

14. Echarri P, Carrasco A, Vila Manchó E, Bottini E. Protocolo de exploración interdisciplinar orofacial para niños y adolescentes. *Ortod Esp* 2009;49(2):107-15.

15. Huynh NT, Morton PD, Rompré PH, Papadakis A, Remise C. Associations between sleep-disordered breathing symptoms and facial and dental morphometry, assessed with screening examinations. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011 Dec;140(6):762-70.
16. Katyal V, Pamula Y, Martin AJ, Daynes CN, Kennedy JD, Sampson WJ. Craniofacial and upper airway morphology in pediatric sleep-disordered breathing: Systematic review and meta-analysis. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2013 Jan;143(1):20-30.e3.
17. Katyal V, Pamula Y, Daynes CN, Martin J, Dreyer CW, Kennedy D, Sampson WJ. Craniofacial and upper airway morphology in pediatric sleep-disordered breathing and changes in quality of life with rapid maxillary expansion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2013 Dec;144(6):860-71.
18. Giupker L, Kula K, Parks E, Babler W, Stewart K, Ghoneima A. Three-dimensional computed tomography analysis of airway volume changes between open and closed jaw positions. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2015;147:426-34.
19. An JS, Jeon DM, Jung WS, Yang IH, Lim WH, Ahn SJ. Influence of temporomandibular joint disc displacement on craniocervical posture and hyoid bone position. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2015 Jan;147(1):72-9.
20. Pirilä-Parkkinen K, Löppönen H, Nieminen P, Tolonen U, Pirttiniemi P. Cephalometric evaluation of children with nocturnal sleep-disordered breathing. *Eur J Orthod.* 2010 Dec;32(6):662-71.
21. Dalmau E, Zamora N, Tarazona B, Paredes V, Gandía J. ¿Existe relación entre la longitud de la vía aérea y el patrón esquelético-facial y la clase ósea? Estudio comparativo sobre CBCT. *Ortod Esp.* 2015; 53(1):11-18.
22. Sato K, Shirakawa T, Sakata H, Asanuma S. Effectiveness of the analysis of craniofacial morphology and pharyngeal airway morphology in the treatment of children with obstructive sleep apnoea syndrome. *Dentomaxillofac Radiol.* 2012 Jul;41(5):411-6.
23. Sato K, Shirakawa T, Sakata H, Asanuma S. Effectiveness of the analysis of craniofacial morphology and pharyngeal airway morphology in the treatment of children with obstructive sleep apnoea syndrome. *Dentomaxillofac Radiol.* 2012 Jul;41(5):411-6.
24. Passali D, Passali FM, Cambi J, Bellussi L. Role of adenotonsillectomy in OSAS children and behavioural disturbance. *Otolaryngol Pol.* 2013 Jul-Aug;67(4):187-91.
25. Anderson S, Alsufyani N, Isaac A, Gazzaz M, El-Hakim H6. Correlation between gonial angle and dynamic tongue collapse in children with snoring/sleep disordered breathing - an exploratory pilot study. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2018 Jun 4;47(1):41.
26. Alsufyani NA, Noga ML, Witmans M, Cheng I, El-Hakim H, Major PW. Using cone beam CT to assess the upper airway after surgery in children with sleep disordered breathing symptoms and maxillary-mandibular disproportions: a clinical pilot. *J Otolaryngol Head Neck Surg.* 2017 Apr 11;46(1):31.
27. Venekamp RP, Hearne BJ, Chandrasekharan D, Blackshaw H, Lim J, Schilder AG. Tonsillectomy or adenotonsillectomy versus non-surgical management for obstructive sleep-disordered breathing in children. *Cochrane Database Syst Rev.* 2015 Oct 14;(10):CD011165.
28. Kallunki J, Marcusson A, Ericsson E. Tonsillectomy versus tonsillectomy--a randomized trial regarding dentofacial morphology and post-operative growth in children with tonsillar hypertrophy. *Eur J Orthod.* 2014 Aug;36(4):471-8.
29. Al Ali A, Richmond S, Popat H, Toma AM, Playle R, Zhurov AI, Marshall D, Rosin PL, Henderson J. The influence of asthma on face shape: a three-dimensional study. *Eur J Orthod.* 2014 Aug;36(4):373-80.
30. Liu C, Lu H, Dong F, Ma W, Wan J, Hu X, Wan W. Effects of a mandibular advancement device on genioglossus in obstructive sleep apnoea-hypopnea syndrome. *Eur J Orthod.* 2015;290-6.
31. Nazarali N, Altalibi M, Nazarali S, Major MP, Flores-Mir C, Major PW. Mandibular advancement appliances for the treatment of paediatric obstructive sleep apnea: a systematic review. *Eur J Orthod.* 2015;618-26.
32. Pirilä-Parkkinen K, Pirttiniemi P, Nieminen P, Tolonen U, Pelttari U, Löppönen H. Dental arch morphology in children with sleep-disordered breathing. *Eur J Orthod.* 2009 Apr;31(2):160-7.
33. Lee CH, Hsu WC, Chang WH, Lin MT, Kang KT. Polysomnographic findings after adenotonsillectomy for obstructive sleep apnoea in obese and non-obese children: a systematic review and meta-analysis. *Clin Otolaryngol.* 2016 Oct;41(5):498-510.
34. Korayem MM, Witmans M, MacLean J, Heo G, El-Hakim H, Flores-Mir C, Major PW. Craniofacial morphology in pediatric patients with persistent obstructive sleep apnea with or without positive airway pressure therapy: a cross-sectional cephalometric comparison with controls. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2013 Jul;144(1):78-85.
35. Marino A, Malagnino I, Ranieri R, Villa MP, Malagola C. Craniofacial morphology in preschool children with obstructive sleep apnoea syndrome. *Eur J Paediatr Dent.* 2009 Dec;10(4):181-4.
36. Flores-Mir C, Korayem M, Heo G, Witmans M, Major MP, Major PW. Craniofacial morphological characteristics in children with obstructive sleep apnea syndrome: a systematic review and meta-analysis. *J Am Dent Assoc.* 2013 Mar;144(3):269-77.
37. Au CT, Chan KCC, Liu KH, Chu WCW, Wing YK, Li AM. Potential Anatomic Markers of Obstructive Sleep Apnea in Prepubertal Children. *J Clin Sleep Med.* 2018 Dec 15;14(12):1979-1986.
38. Marino A, Ranieri R, Chiarotti F, Villa MP, Malagola C. Rapid maxillary expansion in children with Obstructive Sleep Apnoea Syndrome (OSAS). *Eur J Paediatr Dent.* 2012 Mar;13(1):57-63.
39. Müller-Hagedorn S, Wiechers C, Arand J, Buchenau W, Bacher M, Krimmel M, Reinert S, Poets CF. Less invasive treatment of sleep-disordered breathing in children with syndromic craniosynostosis. *Orphanet J Rare Dis.* 2018 Apr 23;13(1):63.

LA ORTODONCIA Y LA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA COMO ALIADAS EN EL TRATAMIENTO

MARÍA ADELA GUMIELA**, EDUARDO JUAN MUIÑO*,
CLAUDIA MORÓN***, MARIELA TORIGGIA****, LUCIA CASTRO*****

* Director de la Carrera de Ortodoncia y Ortopedia (AAO). Titular de la materia Técnicas con fuerzas suaves y arco recto (AAO). Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.

**Coordinadora del Campus de la Carrera de Ortodoncia y Ortopedia (AAO). Jefa de la Carrera de Ortodoncia y Ortopedia (AAO). Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.

*** Jefa de la Carrera de Ortodoncia y Ortopedia (AAO). Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.

**** Jefa de la Carrera de Ortodoncia y Ortopedia (AAO). Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilar.

***** Alumna de la Carrera de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar (AAO).

RESUMEN

¿Qué es la estética? Es más que un concepto frívolo. Tiene que ver con la armonía facial, la autoestima, la autoimagen, la percepción de belleza. Es un concepto que involucra al individuo en su totalidad, en su ser, que va más allá de frivolidad estética.

Muchos pacientes que vienen a la consulta no expresan inicialmente su real demanda. Expresan problemas funcionales, pero su real preocupación, en la mayor parte de los casos, es estética. Pueden manifestar que no pueden comer bien, masticar un alimento o que no respiran bien o sesean, pero su motivación principal es estética y tiene que ver con su propia autoestima. Las funciones de respiración, deglución, fonación, masticación, oclusión deben estar entre los objetivos a conservarse o restituirse por parte del especialista, pero el tratamiento sería un fracaso si no atendemos la demanda, a veces no bien explicada, por el paciente y que responde a su profunda necesidad real.

Para la OMS, la salud puede definirse como el estado completo de bienestar físico, mental y social.

Nuestro objetivo, como agentes de salud, será poder satisfacer la demanda explícita o encubierta con la mayor estética y la mayor funcionalidad.

Palabras clave: estética, armonía, salud, cirugía ortognática.

ABSTRACT

What is aesthetics? It is more than a frivolous concept. It has to do with facial harmony, self-esteem, self-image, the perception of beauty. It is a concept, which involves the individual as a whole, in his being, which goes beyond aesthetic frivolity.

Many patients who come to the office do not initially express their real demand. They express functional problems, but their real concern, in most cases, is aesthetic. They may state that they cannot eat well, chew a food or that they do not breathe well or sedate, but their main motivation is aesthetic and has to do with their own self-esteem. The functions of breathing, swallowing, phonation, chewing, occlusion should be among the objectives to be retained or restored by the specialist, but the treatment would be a failure if we do not meet the demand sometimes not well explained by the patient and responding to their Deep real need.

For WHO, health can be defined as the complete state of physical, mental and social well-being.

Our goal, as health agents, will be to be able to meet the explicit or covert demand with the greatest aesthetics and functionality.

Keywords: aesthetic, harmony, health, orthognathic surgery.

INTRODUCCIÓN

La importancia que en los últimos años adquirió el aspecto estético y la posición del ortodoncista frente a esa demanda aumentó exponencialmente en un tiempo muy breve y aún continúa creciendo con el mismo ritmo sin distinción de géneros.

El ortodoncista ocupa, en un porcentaje muy alto, el primer lugar como profesional de consulta entre aquellos que están involucrados en los procesos destinados a corregir los diversos problemas que presenta la estética facial (1). Esto es debido a que estas alteraciones están en íntima relación con la región dentoalveolar y labial.

Los patrones de belleza van cambiando a través del tiempo, tanto para mujeres, como para los hombres; por lo tanto, no podemos dejar de ver la importancia que adquiere la estética en la vida de relación y en la autoestima de algunos individuos, donde la cara es una de sus cartas de presentación. El paciente no puede ser solamente analizado y ver sus dientes y su oclusión. Los objetivos que estamos planteando no son nuevos y pertenecen a la estética universal, desde la Antigua Grecia hasta nuestros días.

Debemos tener en cuenta que la armonía nos da belleza (2). Desde el momento que somos capaces de detectar visualmente, por más mínima que sea, la presencia de una asimetría en el rostro de una persona, estamos aceptando que debe tener una morfología que podemos llamar de “simetría imperfecta”. Si realizáramos un montaje fotográfico de la reconstrucción de la cara completa, a partir sus mitades, resultarían rostros diferentes (3).

“La belleza facial, es una combinación de calidad, cantidad y balance entre las partes”, acorde a lo expresado por Arnett y Gunson (imagen 1).



IMAGEN 1.

Algunos parámetros estéticos en la cultura universal de occidente:

1. Mentón fuerte. Buena presencia de Pogonión.
2. Angulo Goniaco recto.
3. Altura facial inferior aproximadamente el 55% de la altura del total de la cara (Na a Me).
4. Curvatura del labio superior que también debe tener en el labio inferior.
5. Cierre labial no forzado.
6. Labios turgentes.
7. Comisura labial en el tercio incisal superior.
8. Risa forzada mostrando la totalidad del incisivo y solo 2 mm de encía adherida.
9. Inclinação labio y mesio axial de los incisivos superiores (4).

Los problemas de estética facial muchas veces son interpretados como desarmonías en la zona dentoalveolar, quizás porque es esta porción de la cara sea la más perceptible. El paciente debe reconocer su problema. Resulta más difícil en pacientes de clase II. Se ve los dientes para adelante, pero en realidad puede tener el mentón hacia atrás. El paciente se observa de frente, no de perfil (5).

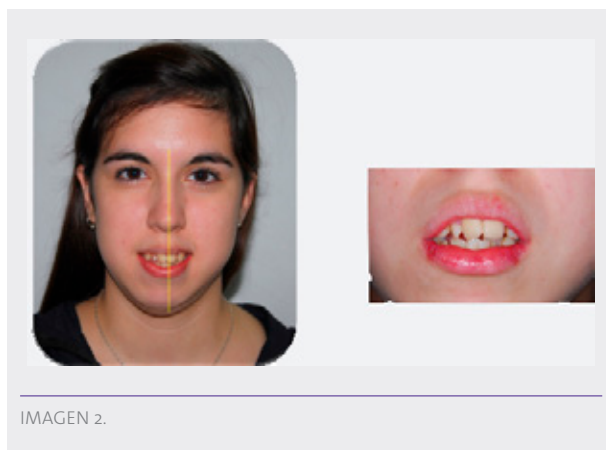


IMAGEN 2.

Imagen 2:

- Contorno facial alargado.
- Hemifacies asimétricas.
- Tercio inferior aumentado.
- Surco nasolabial marcado.
- Cierre labial forzado (tensión labial).
- Borla de la barba contracturada.
- Mentón contracturado, desdibujado.
- Papada (tejido blando submandibular).
- Respirador mixto.
- Comisuras labiales asimétricas.

- Labio superior de espesor fino hipotónico e inferior grueso y evertido. Labios secos y con bridas.
- Boca levemente disminuida en su ancho y asimétrica.

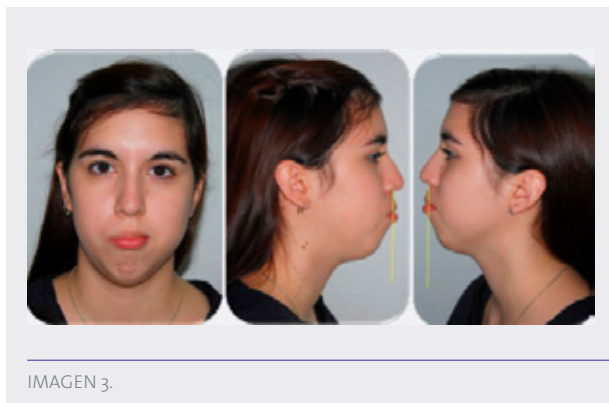


IMAGEN 3.

Imagen 3:

- Cierre forzado.
- Posición muy retruida del mentón.
- Área submandibular presenta papada.
- Cierre labial forzado: faltan tejidos (nos hace pensar en una mordida abierta).
- Surco mentolabial desdibujado: retrusión mandibular (6).

Imagen 4:

- El maxilar inferior envuelve al maxilar superior.
- En la relación transversal interarcada se establece una mordida cruzada bilateral.
- Mordida abierta con interposición lingual.
- Apiñamiento severo con falta de espacio en el sector antero-superior e inferior.

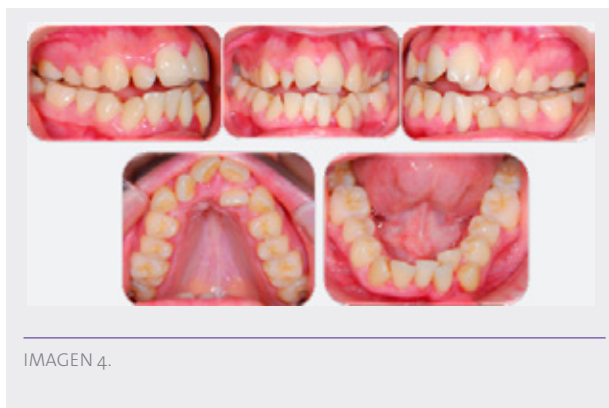


IMAGEN 4.

Trazando una vertical de Sn podemos observar que con ortodoncia y compensando no es suficiente para solucionar la retrusión mandibular. Y además debe-

mos pensar en la función respiratoria. La paciente necesitaría un tratamiento de ortodoncia combinado con cirugía ortognática de avance del mentón, mejorando la función y la estética.

Las maloclusiones de clase II representan casi un 40%, las segundas en orden de prevalencia (5). En un trabajo publicado en RAAO, se manifiesta que las distoclusiones atendidas en ese centro de atención especializado eran aproximadamente del 27 % del total de la casuística ortodóncica (6). A pesar de ello, la cantidad de anomalías esqueléticas de clase II y clases III operadas, es mayor en estas últimas. Pero no significa que no haya anomalías esqueléticas de clase II que necesitan cirugía ortognática (7). La cara de un paciente de clase II es más aceptado, social y culturalmente, salvo que tenga el mentón pegado al cuello (sin distancia cervical). Muchas veces la cara no habla de la disfunción que tiene el paciente (8), debemos tener presente que la clase II 2° división trae aparejado frecuentes problemas de disfunción. Estadísticamente, es más difícil lograr que una anomalía esquelética de clase II demande cirugía. Muchos hombres, al dejarse la barba, parecen tener más mentón o propulsan la mandíbula, provocando mayor disfunción.

Cuando el paciente no ha agotado su crecimiento, se recurren a terapias que estimulan y tratan de redireccionar el crecimiento (9). Otro recurso son las distracciones osteogénicas (10). Cuando la necesidad de avance es muy grande, se puede producir recidiva.

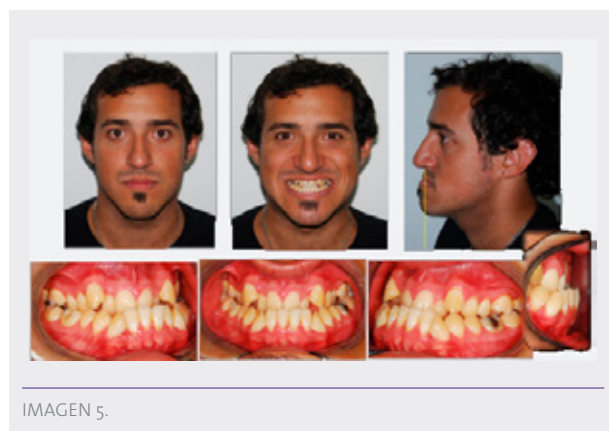


IMAGEN 5.

Imagen 5: clases III

- Incisivos inferiores retroinclinados, tratando de compensar.
- El arco inferior pareciera que envuelve al arco superior. Está alterada la relación anteroposterior, pero si lleváramos los modelos a una "posición

de modelos en ventaja”, comprobaríamos que es al revés, los molares tienen un exceso de Torque Positivo.

- Si planeáramos cirugía ortognática el procedimiento ortodóncico sería inverso al del camuflaje (11).

Terapéuticas para implementar

1. Pacientes sin alteraciones esqueléticas: ortodoncia solamente. Lograremos objetivos dentarios y buena estética facial.
2. Pacientes con discrepancias basales moderadas: la terapéutica dependerá de la demanda, la posibilidad biológica del movimiento dentario, el grado de funcionalidad alcanzable y la estabilidad en el tiempo. Aquí se plantea la posibilidad de: tratamiento ortodóncico de compromiso o tratamiento ortodóncico quirúrgico¹²⁻¹³.
3. Discrepancias basales severas, el tratamiento será quirúrgico en forma excluyente.

La pregunta que nos haremos será: “¿puedo o no compensar este caso? ¿Lo lograré?”:

- Estética facial.
- Estética dentaria.
- Oclusión funcional. Que ocluya y desocluya.
- Salud periodontal.
- Salud de la ATM con cóndilos sanos, cavidades glenoideas sanas. Buena ubicación espacial. Buena dinámica mandibular. “Posición Músculo esquelético Aceptable” (14).
- Cuando no se pueden alcanzar estos objetivos, el paciente pertenece al grupo 3, para lo cual la indicación es únicamente ortodóncica quirúrgica.

El límite entre camuflaje, enmascaramiento u ortodoncia con apoyo quirúrgico (15), en algunos casos, se torna difuso: ¿cuándo y cómo lo decidimos?

Cuando solo la ortodoncia no va a proveer salud periodontal, estética facial, estabilidad, ni una función con una oclusión estable en el mediano y largo plazo, deberemos optar por ambos procedimientos ortodóncico-quirúrgico. Hoy la cirugía ortognática es predecible, planificable. Brinda salud dental, de ATM, fonación, respiración, etc.

Negar ese recurso a los pacientes en países más desarrollados hasta podría representar un juicio de mala praxis por no haberles ofrecido la terapéutica adecuada (16, 17, 18).

El camuflaje no debe ser una terapéutica sustitutiva del tratamiento ortodóncico-quirúrgico, sino una alternativa para los pacientes que no les preocupa la estética facial inicial y poseen las condiciones adecuadas para los movimientos ortodóncicos (25).

Somos los ortodoncistas los que tenemos el deber de decidir qué pacientes podrían ser tratados con camuflaje y cuales, con cirugía ortognática, pero será el paciente el que tome la decisión final con nuestro asesoramiento (25).

Cirugía ortognática: objetivos

- Estética facial.
- Mejora en la oclusión.
- Vía aérea: la planificación del tratamiento debe tener en cuenta cambios potenciales en la vía aérea (síndrome de apnea obstructiva del sueño, SAOS).

La cirugía mandibular fue lo primero que se hizo en ortognática, set back mandibular y fue resectiva de mandíbula en las clases III. Se obtenían objetivos estéticos, pero con algunos posibles problemas funcionales debido a la impactación.

Por el contrario, al desimpactarse en las clases II la cara, mediante maniobras quirúrgicas de adelantamiento, se mejora o soluciona la apnea del sueño y se favorece la estética porque, al traer las bases óseas hacia adelante, estamos haciendo un “lifting”.

Una de las patologías frecuentes y menos diagnosticadas en la población en el mundo es la SAOS.

La AOS pasó desapercibida durante muchos años y hay pacientes incluso jóvenes con ella. Tiene que ver, en gran medida, con la posición de los maxilares. Todas las terapéuticas quirúrgicas de láser, tonsilectomias, cirugías de paladar blando, base de lengua, tienen un porcentaje de éxitos muy bajo. En estos casos, la única terapéutica que funciona es el Zipac. El paciente tiene que dormir usando una mascarita.

La única terapéutica quirúrgica que tiene un 95% de éxito es el avance máxilo-mandibular y entonces, claramente la cirugía ortognática tiene un costado, que es funcional y no estético (19).

Elección de la oportunidad del tratamiento

Es importante evaluar el crecimiento tenido y el potencial de crecimiento que aún le resta al paciente.

- Dentición temporaria y/o mixta, ortodoncia interceptiva, tratamiento precoz.
- Dentición permanente, camuflaje, enmascaramiento o cirugía ortognática. (20)

En muchas consultas, nada se puede hacer en relación con el crecimiento porque se encuentra agotado.

Proffit sostiene que, o bien cuando el resalte negativo sobrepasa los 3mm, o bien cuando los puntos A y B proyectados sobre la horizontal verdadera (Witts) tienen valores mayores a -2mm, la cirugía ortognática, en combinación con la ortodoncia, debería ser el tratamiento de elección (21).

Cobra relevancia el análisis de tejidos blandos y, en ese análisis, establecer la relación de los incisivos y el labio. **Esta medición es clave para planificar los cambios verticales durante la cirugía.** La planificación 2D, 3D, de ortodoncia, es el punto de partida. No siempre el centro de la cara coincide con lo esquelético. Para que exista una sonrisa armónica en reposo debe haber de 2mm a 4mm de exposición de la corona clínica del incisivo central.

El avance tecnológico nos ha permitido poseer otros recursos. La planificación 3D se basa, especialmente en lo esquelético. Nos permite la visualización de las estructuras en los tres planos del espacio. Imagen 6

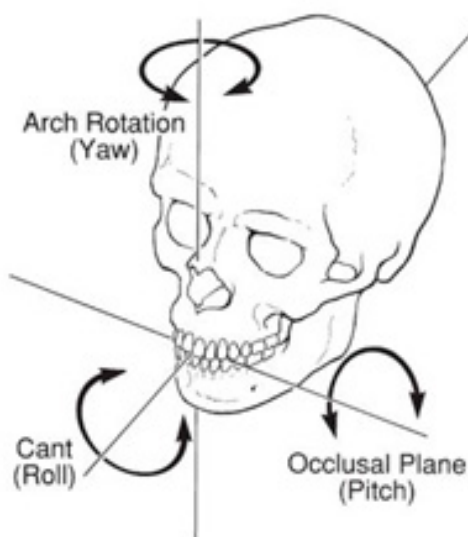


IMAGEN 6. YAW, ROLL, PITCH.

Ackerman JL, Proffit (21, 22) sostienen la necesidad de hacer un meticuloso análisis de tejidos blandos. Lo mismo sostiene Arnett (23).

Janson en 2005 (24) concluye que se obtienen los mejores resultados estéticos y oclusales con cirugía.

El camuflaje puede convertirse en la terapéutica de elección cuando las características morfológicas, la demanda del paciente y la salud funcional así lo indican (imágenes 7, 8, 9, 10, 11, 12 y 13).

Caso clínico de camuflaje ortodóncico (imágenes 7 y 8):

- Edad: 12 años.
- Dentición mixta.
- Persistencia de caninos temporarios y caninos permanentes retenidos.
- Mordida invertida anterior.

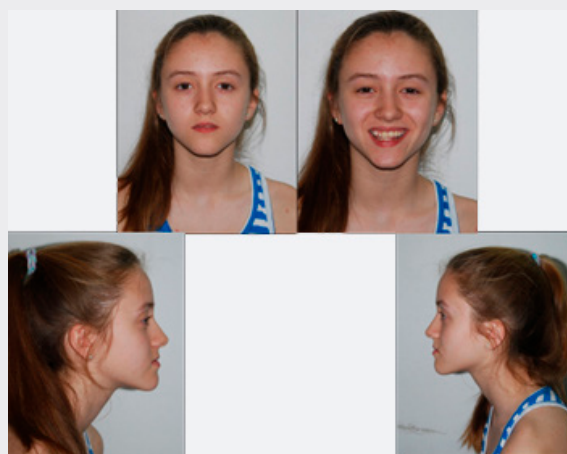


IMAGEN 7.



IMAGEN 8.



IMAGEN 9. TOMOGRAFIA. OBSERVACIÓN DE CANINOS RETENIDOS.

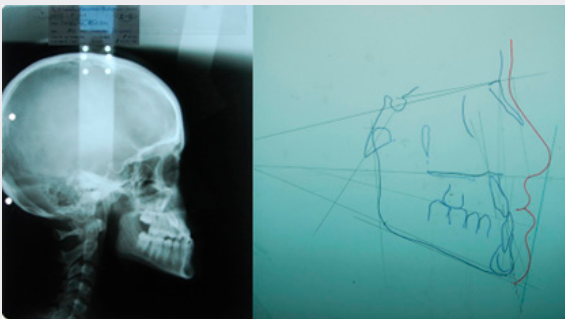


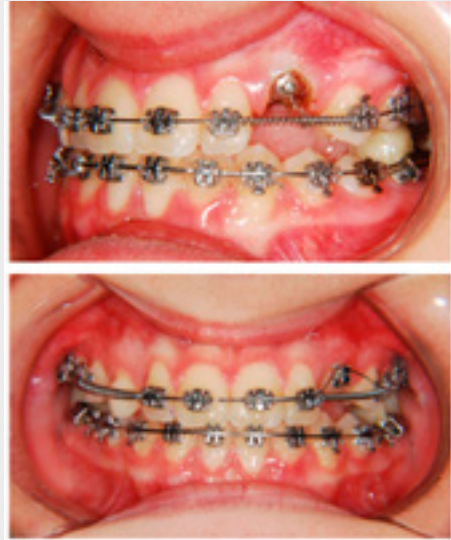
IMAGEN 10. TELERRADIOGRAFÍA INICIAL Y CEFALOGRAMA (PROTOCOLO DEL AAO)
ANB - 4. MESIOCLUSIÓN ESQUELETAL. MESIO FUNCIONAL. INCISIVOS SUPERIORES PROTRUÍDOS E INFERIORES RETRUIDOS. CRECIMIENTO ROTACIONAL CONVERGENTE. TAMAÑO CUERPO Y RAMA AUMENTADOS DE TAMAÑO. (25, 26, 27)



FOTO 11. EN EL MAXILAR SUPERIOR AUMENTAMOS EL PERÍMETRO Y LA LONGITUD DEL ARCO REALIZANDO TRACCIÓN ALVEOLO-DENTARIA PÓSTERO-ANTERIOR INTRABUCAL. UTILIZACIÓN LIP BUMPER.

En el maxilar inferior no realizamos exodoncia de premolares. Disminución del perímetro y la longitud del arco dentario con retracción de incisivos y caninos.

Otros de los cambios que se obtienen es la rotación del plano oclusal en sentido antihorario, que posibilita un mejor overbite.



IMÁGENES 12 Y 13. UTILIZACIÓN DE DOBLE ARCO PARA TRACCIÓN DE CANINOS HACIA EL ARCO DENTARIO.



IMAGEN 14. FOTOS FINALES DEL CASO. FRENTE, PERFIL Y EN SONRISA.

Formación de equipos interdisciplinarios

Hoy día los tratamientos donde intervienen varias especialidades necesitan de una integración interdisciplinaria. Esto solo puede implementarse cuando los que la realizan son expertos en su propia disciplina, tal como los integrantes de una orquesta. Lo importante es mantener la identidad y la especificidad de cada uno. Cada disciplina desempeña su función individualmente, pero no independientemente. No se trata de construir un saber único ni lograr una suma de saberes. Si lograr que el cruce de las diferentes disciplinas y su mutua interrelación sea el estímulo fundamental. (28)

Como ortodoncista, el Dr. Kokich ha trabajado con un grupo de estudio interdisciplinario de nueve especialidades odontológicas y un odontólogo general desde 1984.

El grupo se reunía mensualmente para educar a los miembros sobre los avances en sus áreas respectivas de la odontología y planear el tratamiento interdisciplinario para las situaciones dentales más complejas y desafiantes.

Algunas de las áreas interdisciplinarias abarcaron la estética, la odontología restaurativa, la periodoncia, la endodoncia y la cirugía maxilofacial.

La planificación del tratamiento debe comenzar con objetivos estéticos bien definidos. Comenzando con la estética y considerando el impacto sobre la función, las estructuras y la biología, el clínico puede utilizar las diversas disciplinas para procurar el más alto nivel de la atención odontológica a cada paciente. (29, 30)

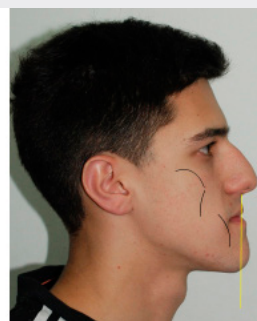
No se deja de analizar ninguno de los parámetros importantes, simplemente el proceso de planificación se ordena desde una perspectiva diferente.



IMAGEN 16. FOTOGRAFÍAS COMPARATIVAS DE PACIENTE QUIRÚRGICO A LOS 14, 17 Y 18 AÑOS.



- Ángulo nasolabial recto
- Ángulo goniaco abierto
- Doble ruptura de curva nasogenina



IMÁGENES 17 A 19. PACIENTE QUIRÚRGICO DE CLASE III. FOTOGRAFÍAS INICIALES



IMAGEN 20. TELERRADIOGRAFÍA Y PANORÁMICA INICIAL

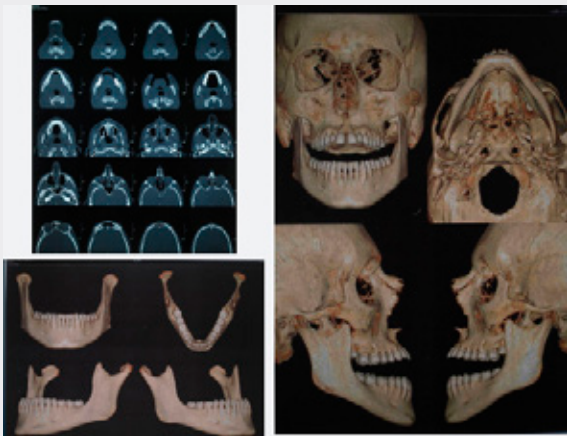


IMAGEN 21 CBCT: CONE BEAUN COMPUTED TOMOGRAFY INICIAL.

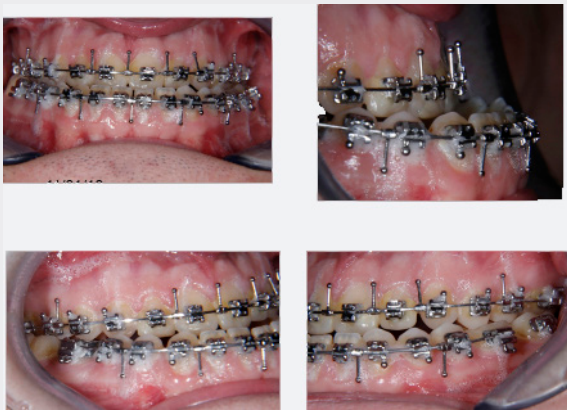


IMAGEN 22 Y 23: TRATAMIENTO ORTODÓNCICO PREQUIRÚRGICO.
IMAGEN 23: ARCOS PESADOS DE ACERO CON CRIMPABLES HOOK.



IMAGEN 24. ORTODONCIA POSTQUIRÚRGICA.

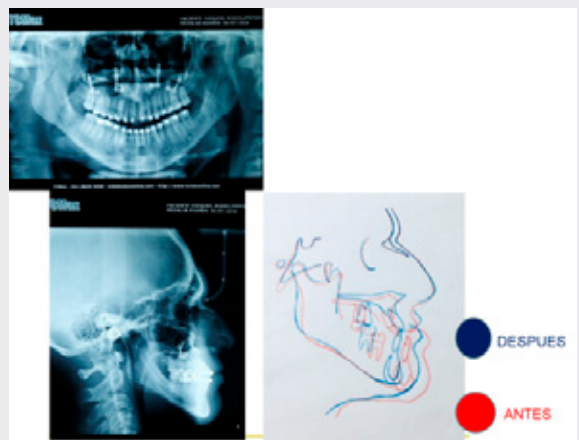


IMAGEN 25. RADIOGRAFÍAS POSTQUIRÚRGICAS. VTO ORTODÓNCICO QUIRÚRGICO INICIAL Y FINAL. LA ARMONIZACIÓN DEL PERFIL REQUIRIÓ DE CAMBIOS ESQUELETALES, QUE SE REALIZARON EN EL MAXILAR SUPERIOR Y LA MANDÍBULA. (31, 32, 33)



IMAGEN 26: FOTOGRAFÍAS FINALES DE CARA. PACIENTE DONDE SE REALIZÓ UNA CIRUGÍA ORTOGNÁTICA CON IMPACTACIÓN Y AVANCE DEL MAXILAR SUPERIOR Y RETROCESO O SET BACK MANDIBULAR.

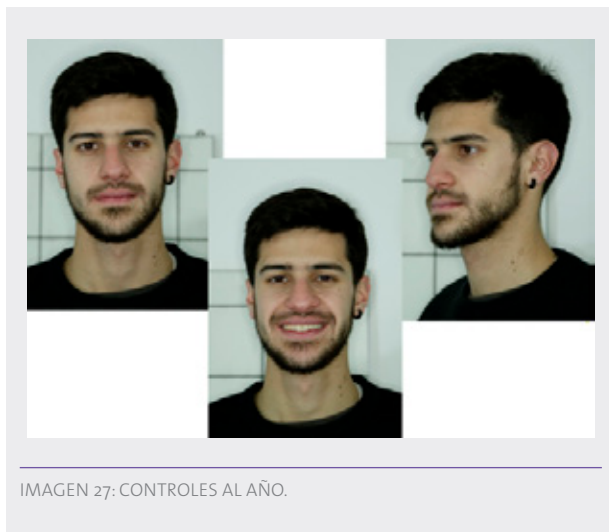


IMAGEN 27: CONTROLES AL AÑO.

Equipo de trabajo: Ortodoncistas: Dres. Eduardo Muiño, Gumiel María Adela, Claudia Morón, Mariela Torriggia y Lucia Castro

Cirujanos maxilofaciales: Dres. Maximiliano Diamante, Juan Manuel Muiño. Josefina Gutierrez

CONCLUSIONES

Como agentes de salud debemos estar capacitados para reconocer el verdadero motivo que trae al paciente a la consulta, en especial aquellos casos donde no lo explicita y puede estar involucrado su aspecto estético.

Debemos conocer la verdadera demanda para alcanzar la mejor estética con la mayor funcionalidad. La cirugía ortognática es parte de la ortodoncia.

Debemos estar atentos para observar más allá de la oclusión del paciente. El conocimiento clínico y el avance tecnológico nos han permitido conocer más de la dinámica y de la función. Siempre deberemos tener presente cuál es el límite de posibilidades que tenemos para realizarlo solamente con camuflaje ortodóncico.

El síndrome de apnea obstructiva del sueño: los profesionales en ortodoncia debemos reconocer y capacitarnos para tratar a los cada vez más crecientes casos de SAOS y poder proporcionar el tratamiento más adecuado para esta disfuncionalidad que afecta a una vasta franja etaria que va desde edades muy tempranas hasta pacientes de edad avanzada y donde puede estar en riesgo de un crecimiento normal en el niño hasta la vida en el paciente. Cada vez se presta más atención en las cirugías ortognáticas de

retroceso mandibular, en las clases III, para no afectar el pasaje de aire en las vías aéreas.

Si bien prestamos atención a los cefalogramas de tejidos duros, el análisis de los tejidos blandos ha cobrado especial relevancia, ya que en el caso de la necesidad de hacer tratamientos que requieren cirugía ortognática la respuesta de ambos tejidos no es igual, debiendo tenerse en cuenta en la planificación.

Se deberá evaluar el crecimiento que haya tenido y el potencial de crecimiento que aún le resta. Si bien la Surgery First es controversial en aquellos casos de necesidad extrema se deberá tener presente como una herramienta posible de ser utilizada.

El paciente tiene una necesidad interna y externa. Debemos considerar al paciente como un ser humano, con sus características biológicas: edad, enfermedad y ambiente. Su entorno familiar, aspiraciones laborales y sociales y su vida de relación.

Formación de equipos interdisciplinarios. Es la verdadera ganancia de la odontología. Cada disciplina desempeña su función individualmente, pero no independientemente. La planificación del tratamiento debe hacerse con objetivos estéticos bien definidos. Comenzando por la estética y teniendo muy presente el impacto sobre la función, la estructura y la biología.

Un buen equipo de trabajo está constituido por ortodoncistas, cirujanos, odontólogos generalistas, protésistas, restauradores, fonoaudiólogos, kinesiólogos y psicólogos.

Es nuestro deber y obligación ver al paciente en forma integral. Los profesionales de la salud que tratamos pacientes donde el crecimiento y/o la morfología ha excedido los parámetros esperados debemos trabajar en equipo. No es posible trabajar en forma no integrada. La salud no se reduce a algo puramente biológico, sino que afecta a toda la persona. Por eso todas las intervenciones en salud han de tener también una perspectiva **“holística, global e integradora”**.

Somos los ortodoncistas los que tenemos el deber de decidir qué pacientes podrían ser tratados con camuflaje y cuáles con cirugía ortognática, pero será el paciente el que tome la decisión final con nuestro asesoramiento del camino a seguir.

BIBLIOGRAFÍA

1. Gregoret J, Tuber E, Escobar H, da Fonseca A.M. Ortodoncia y Cirugía Ortognática. Diagnóstico y Planificación. Nora Marina Ménéndez “Motivación para el tratamiento ortodóncico-quirúrgico” - Madrid: NM Ediciones; 2008. p. 469.

2. Canut J.A. Clase III. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. Canut Brusola J.A. ed. Barcelona: Masson; 2005. p. 599-635.
3. Farkas, L.G., Kolar, J.C.: Anthropometrics and art in aesthetics of women's faces. Clin. Past.Surg. 14:599,1987.
4. Arnett W. G. et al. Planificación y diagnóstico de las deformidades dentofaciales mediante el análisis cefalométrico de los tejidos blandos Rev. Esp. Ort 2003; 33:5-19.
5. Talley M, Katagiri M, Pérez HE. "Casuística de Maloclusiones Clase I, II y III", en el departamento de ortodoncia de la UNAM. Revista Odontológica Mexicana. 2007;11 (4):175-180.
6. Muiño E.J. et al.: Prevalencia de Maloclusiones. RAAO Vol XXVII N° 1.
7. Arnett y Bergman Arnett, G.W.; Bergman, R.T. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. Part I. AM. J. Orthod. Dentofacial Orthoped. 1993;103:299-312.
8. Arnett, G.W.; Bergman, R.T. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. Part II. AM. J. Orthod. Dentofacial Orthoped. 1993;103:395-411.
9. De Clark WJ: Twin block funcional therapy: applications in dentofacial ortopaedics, ed 2, Edimburgh, 2002, Mosby Ltd.
10. Guerrero C: Rapid mandibular expansión, Rev venez Ortod 1:48,1990.
11. Kerr WJ, Miller S, Dawber JE. Class III malocclusion: surgery or orthodontics? Br J Orthod 1992 02;19(1):21-24.
12. Handelman CS. The anterior alveolus: Its importance in limiting. Orthodontic treatment and its. Influence on the occurrence of iatrogenic sequelae. Angle Orthod 1996; 2: 95-110.
13. Ackerman JL, Proffit WR. Soft tissue limitations in orthodontics: Treatment planning guidelines. Angle Orthod. 1997; 5: 327-336.
14. Proffit WR, Fields HW, Moray LJ: Prevalence of malocclusion and orthodontic treatment need in the United States: estimates from The N_Hanes III survey, Int J Adults Orthogn Surg 13:97-106,1998.
15. Burns NR, Musich DR, Martin C, Razmus T, Gunel E, Ngan P. Class III camouflage treatment: what are the limits? Am J Orthod Dentofacial Orthop 2010 01;137(1):9.e1-9.
16. Hochban W, Branderburg U, Peter JH: Surgical treatment of obstructive sleep apnea by maxilomandibular advancement Sleep 17:624-629,1994.
17. Waite PD, Shettar SM: Maxilomandibular advancement: a cure for obstructive sleep apnea; Oral Maxillofac Surg Surg Clin North Am 7:327, 1995.
18. Prinsell JR: Maxillomandibular advancement surgery for obstructive sleep apnea syndrome, Jam Dent Assoc 133:1489-1497, 2002.
19. Riley RW, Powel NB; Guilleminaut C: Obstructive Sleep Apnea Syndrome a review of 306 consecutively treated surgical patients, Otolaryngol Head Neck Surg 108:117-125,1993.
20. Controversies in the Timing of Orthodontic Treatment Ji Chul Jang, Henry W. Fields, K.W.L. Vig. F Michael Beck. Seminaris in Orthodontics Volume 11, Issue3 (112-118) Sept 2005.
21. Proffit WR, White R.P. Long-Face Problems. Surgical Orthodontic Treatment Missouri: Mosby; 1991. p. 381-427.
22. Ackerman JL, Proffit WR. Soft tissue limitations in orthodontics: Treatment planning guidelines. Angle Orthod. 1997; 5: 327-336.
23. Arnett W. G. et al. Planificación y diagnóstico de las deformidades dentofaciales mediante el análisis cefalométrico de los tejidos blandos Rev. Esp. Ort 2003; 33:5-19.
24. Janson G, Prado de Souza J.E, de Andrade Alves F, Andrade Jr P, Nakamura A, de Freitas M.R, Castanha Henriquesd JF. Extreme dentoalveolar compensation in the treatment of Class III malocclusion. AJODO. 2005; 128:787-94.
25. Enmascaramiento de las Mesioclusiones. RAAO- Vol LIX- Núm.2-2018.
26. Muiño, Eduardo; Rollero, Ingrid; Haenggi, Mauricio; Gumliela, M. Adela. "Caninos superiores retenidos por palatino : radiografía panorámica para evaluar ubicarlos en el arco dentario". Revista del Ateneo Argentino de Odontología. Buenos Aires : Ateneo Argentino de Odontología, 1980-55 (2): 31-37, 2016.
27. Muiño, Eduardo; Gumliela, María Adela; Muiño, Juan Manuel; Giménez, Romina Emilse. "Erupción ectópica de un incisivo central superior con anomalía de forma". Revista del Ateneo Argentino de Odontología. Buenos Aires : Ateneo Argentino de Odontología, 1980, 51 (1): 23-30, 2013.
28. Gregoret J, Tuber E, Escobar H, da Fonseca A.M. Ortodoncia y Cirugía Ortognática. Diagnóstico y Planificación. Nora Marina Ménendez "Motivación para el tratamiento ortodóncico- quirúrgico"- Madrid: NM Ediciones; 2008. p. 469.
29. Optimización de la Estética para el paciente Interdisciplinario. Vincent Kokich . Capitulo 21: 266-277. Terapias Actuales en Ortodoncia. Ravindra Nanda , -Sunil Kapila. Edición 2011.
30. Spear F: My growing involvement in dental study groups, J Am Coll Dent 69:22-24,2002.
31. Ellis E, 3, McNamara JA, J. Components of adult Class III malocclusion. J Oral Maxillofac Surg 1984 05;42(5):295-305.
32. Proffit WR, Phillips C, Dann C, 4. Who seeks surgical-orthodontic treatment? Int J Adult Orthodon Orthognath Surg 1990;5(3):153-160. Orts J. Facultad de Medicina, Universidad de Valencia; 1983.
33. José Carlos Bermejo. "Hacia una salud Holística", 2013.

OSTEONECROSIS POR BIFOSFONATOS: PRESENTACIÓN DE UN CASO CLÍNICO

SOFIA PÉREZ RANGEÓN, ALEJANDRO OSTROSKY, DAIANA PÉREZ,
ELENA MAIDOL, EDUARDO CANDELO, ROMÁN LELL

Hospital Mariano y Luciano de la Vega. Servicio de Cirugía y Traumatología Buco Máxilo Facial. Moreno, provincia de Buenos Aires.

RESUMEN

La osteonecrosis de los maxilares asociada a bifosfonatos fue definida como «Área de hueso expuesto en la región máxilo facial que permanece expuesta al menos por 8 semanas, siempre que los pacientes hayan sido prescriptos con bifosfonatos, y en ausencia de terapia radiante». (1) En la actualidad se agregó «hueso expuesto o hueso que se puede sondear a través de una fistula intra o extra oral» (2).

Presentamos un caso clínico de una paciente femenina de 70 años de edad, diagnosticada con cáncer de hueso (osteosarcoma) con foco en la pelvis, historia de consumo de bifosfonatos vía endovenosa durante tres años, zolendronato 70mg, semanalmente. Al momento de la consulta, se encontraba en periodo de remisión de la enfermedad de base y sin consumo de medicación antiresortiva desde hace un año.

Palabras clave: osteonecrosis, bifosfonatos, reabsorción ósea por bifosfonatos, reabsorción ósea de huesos maxilares, reabsorción mandibular bifosfonatos

ABSTRACT

Osteonecrosis of the jaws associated with bisphosphonates was defined as «Area of exposed bone in the maxillofacial region that remains exposed for at least 8 weeks, provided that patients have been prescribed with bisphosphonates, and in the absence of radiant therapy». (1) At present, “exposed bone or bone that can be probed through an intra or extra oral fistula” was added (2).

We present a clinical case of a 70-year-old female patient, diagnosed with bone cancer (osteosarcoma) with a focus on the pelvis, history of consumption of bisphosphonates intravenously for three years, zoledronate 70 mg, weekly. At the time of the consultation, he was in the period of remission of the underlying disease and without consumption of antiresortive medication for a year.

Keywords: osteonecrosis, bisphosphonates, bone phosphonate reabsorption, bone reabsorption of maxillary bones, mandibular reabsorption bisphosphonates.

INTRODUCCIÓN

La osteonecrosis de los maxilares fue definida como un “área de hueso expuesto en la región máxilo facial que permanece expuesta al menos 8 semanas, siempre que los pacientes hayan sido prescriptos con bifosfonatos, y en ausencia de terapia radiante” (1). En la actualidad se agregó “hueso expuesto o hueso que se puede sondear a través de una fistula intra o extra oral” (2).

Los bifosfonatos son análogos estables de los pirofosfatos inorgánicos. Ellos han demostrado su eficacia para el tratamiento de diversas patologías, como las

lesiones osteológicas asociadas a metástasis óseas o al mieloma múltiple, la hipercalcemia maligna, la enfermedad de Paget y la osteoporosis. Es importante para el clínico conocer tanto los diferentes tipos de aminobifosfonatos comercializados, así como su potencia relativa. En la actualidad se podría hablar, al menos, de dos entidades con diferentes grados de información científica:

- La osteonecrosis en relación con la administración intravenosa de estos medicamentos y
- La osteonecrosis en relación con la administración oral de los mismos. (3)

Existen diferentes factores de riesgo a tener cuenta en la presentación de osteonecrosis de los maxilares relacionados con los bifosfonatos:

- Los pacientes con mieloma múltiple (MM) tienen el mayor riesgo.
- Los pacientes con tratamiento concomitante con cortico esteroides parecen tener un mayor riesgo de osteonecrosis.
- La vía intravenosa en pacientes oncológicos, los bifosfonatos de mayor potencia (ácido zoledrónico), y un mayor tiempo de empleo y/o dosis se asocian con una mayor frecuencia de presentación de osteonecrosis maxilar asociada a bifosfonatos (OMRB).
- La osteonecrosis suele presentarse en pacientes que han tomado bifosfonatos orales durante más de tres años, con un tiempo medio de consumo de 5,6 años (rango: 3,3-10,2 años) y para los bifosfonatos intravenosos un tiempo inferior a 1 año (9,3 meses para el ácido zoledrónico y 14,1 meses para el pamidronato).
- De los aminobifosfonatos intravenosos, los antecedentes de cirugía dentoalveolar multiplican por siete la posibilidad de presentación de OMRB.
- En la osteonecrosis en relación con aminobifosfonatos orales, es mucho más infrecuentes, el 50% de los casos se presentan espontáneamente (sin antecedentes de cirugía dentoalveolar), y se localizan, mayoritariamente, en los segmentos posteriores de la mandíbula.
- Los efectos de los aminobifosfonatos intravenosos sobre el hueso pueden persistir incluso 10 años después de suspendido el tratamiento.

A continuación, una tabla de los estadios de la osteonecrosis por bifosfonatos, propuesta por la AAOMS:

- Estadio 0: en riesgo. No hay evidencia clínica de necrosis ósea. Presenta síntomas, signos y/o hallazgos radiográficos inespecíficos.
- Estadio I: exposición de hueso necrótico, asintomático y sin signos de infección aguda.
- Estadio II: exposición de hueso necrótico asociado a dolor y signos de infección.
- Estadio III: exposición de hueso necrótico, asociado a dolor, signos de infección, fístula cutánea y evidencia clínica y/o radiográfica de secuestro óseo u otra complicación (fracturas, etc.).

Tratamiento descripto para el manejo de osteonecrosis por bifosfonato (4):

- Categoría de riesgo: Sin exposición aparente de hueso necrótico, en pacientes tratados con bifosfonatos por vía oral por vía intravenosa, no hay tratamiento indicado. Educación de los pacientes.
- Etapa I: hueso expuesto y/o necrótico: enjuague bucal antibacteriano, seguimiento clínico cada 4 meses. Tratamiento con antibacterianos orales, antisépticos orales, control del dolor.
- Etapa II: hueso expuesto y/o necrótico asociado a infección. Presencia de dolor y eritema en el área lesional con o sin drenaje purulento. Tratamiento con antibacterianos de amplio espectro, antisépticos orales, manejo del dolor, desbridamiento superficial para alivio de los tejidos blandos.
- Etapa III: hueso expuesto necrótico en pacientes con infección y dolor, presencia de uno o más fracturas patológicas, fistulas extraoral u osteólisis. Tratamiento con antibacterianos de amplio espectro y antisépticos orales, manejo del dolor, desbridamiento y resección quirúrgica para paliar el dolor y la infección a largo plazo.

CASO CLÍNICO

Concurre al Hospital Mariano y Luciano De La Vega, paciente femenina, de 70 años, con sintomatología dolorosa, en región anterior de maxilar superior que se extendía en reborde alveolar y hueso vestibular. Refiere historia de extracción de pieza dentaria, previa al comienzo del dolor, con 6 meses de evolución y episodios de agravamiento de sintomatología. Al examen intraoral se observa zona de hueso expuesto, de aspecto necrótico.

Como antecedentes nos refiere haber sido diagnosticada con cáncer de hueso (osteosarcoma), con foco en pelvis, medicada durante 3 años con bifosfonatos endovenoso, zolendronato 70mg (semanalmente).

Al momento de la consulta, había remitido la enfermedad de base, luego de haber recibido las respectivas dosis de quimioterapia y radioterapia. Ya no se encontraba tomando dicha medicación desde hacía un año.

Con la historia clínica de la paciente, se solicita estudios por imágenes respectivos, llegando al diagnóstico de osteonecrosis por bifosfonatos.

TRATAMIENTO

En primera instancia se lleva a cabo un tratamiento conservador, realizándose antibioticoterapia, amoxicilina (875mg), más ácido clavulánico(125mg) cada 12 horas durante 15 días, una higiene oral exhaustiva, colutorio de clorhexidina (0,12%) tres veces al día y control a los 21 días.

Se logra una leve mejoría, pero no del todo satisfactoria, razón por la cual se decide continuar con la misma conducta durante otros 15 días. Cuando recurre al nuevo control: aún persistía la sintomatología, aumento de zona expuesta, con débito purulento. Se procede, a realizar bajo anestesia general, toilette de la zona y eliminación de hueso necrótico con fresado de hueso circundante más indicación de higiene oral minuciosa y colocación de clorhexidina en gel en lecho quirúrgico, con un control a los 15 días. Notándose clara mejoría de la zona y una epitelización parcial de la misma.

En la actualidad, la paciente se encuentra bajo controles periódicos cada seis meses con riguroso régimen de higiene oral, sin zonas de hueso expuesto, sin dolor, y con una integridad de la mucosa oral.





DISCUSIÓN

Los bifosfonatos son análogos estables del pirofosfato, tienen efectos sobre los osteoclastos o sus precursores.

Uno de sus mecanismos de acción, es actuar sobre el osteoclasto maduro. Una vez que se deposita en la matriz, es fagocitado por el mismo, produciendo un incremento de la muerte celular y, en consecuencia, un descenso en la reabsorción ósea, alterando la tasa de remodelado óseo.

Los maxilares son más susceptibles, debido a que la tasa de recambio del hueso alveolar es 10 veces mayor que en los huesos largos. Además, en la mandíbula, la tasa de recambio en el proceso alveolar es 2 veces mayor que en la zona del conducto mandibular y 3 a 5 veces mayor que en la basal. (5) Estudios indican que, en la mandíbula, la tasa de remodelado puede alcanzar el 40% cada año, lo que lo hace más sensible a su acción. (6)

Entre las propiedades biológicas y los mecanismos de acción de los bifosfonatos se encuentran los siguientes:

1. inhibición de la reabsorción ósea osteoclástica;
2. inducción de los osteoblastos a secretar un inhibidor de la secreción ósea mediada por osteoclastos;

3. inducción de apoptosis en los osteoclastos («muerte celular programada»);
4. prevención de la apoptosis de osteocitos y células de la línea osteoblástica, evitando la liberación del contenido celular y sus efectos; y
5. efecto antiangiogénico que reduce el factor de crecimiento endotelial (EGF), lo que puede ser insuficiente en situaciones de curación y/o infección.

A modo de resumen podemos decir que los bifosfonatos inhiben la actividad osteoclástica dando lugar a una disminución de la reabsorción y la remodelación del hueso.

Si correlacionamos nuestro caso clínico, y comparamos con los estadios de la tabla presentada anteriormente, nuestra paciente se encontraba en un estadio II, con períodos de agravamiento de la sintomatología según refirió la paciente. Se decidió realizar tratamiento conservador en primera instancia, y realizar seguimiento constante, el alivio de la sintomatología fue muy leve, incluso hubo episodios con agravamiento de la misma, se decide realizar desbridamiento y eliminar la zona de hueso necrótico, y fresado del hueso circundante, notándose así mejoría, y reepitelización del lecho quirúrgico.

CONCLUSIONES

Las drogas antirresortivas, como los bifosfonatos, tienen su efecto sobre los osteoclastos, encargados del mantenimiento y remodelación natural del hueso. Inhibiendo su acción, disminuyen así, la progresión de la enfermedad resortiva.

Los maxilares son más susceptibles, debido a que la tasa de recambio del hueso alveolar es 10 veces mayor que en los huesos largos. Tal es el caso de nuestra paciente, quien presentaba zonas de secuestros óseos en el maxilar superior.

BIBLIOGRAFÍA

1. Silvia Noemi picardo, Sergio Armando Rodríguez Genta, Eduardo Rey. Osteonecrosis del maxilar asociada a bifosfonatos en pacientes osteoporóticos. Revista española de cirugía oral y maxilo facial. 2015; 37 (2): 103-107.
2. Kenneth E Fleisher. Risto Konstio. Swenn Otto. Antiresorptive Drug- related Osteonecrosis of the Jaw (ARONJ)- A Guide to Research. AOCMF Publications, 2016 by AO Foundation, Clavadelstrasse 8, 7270, Platz, Switzerland.

3. L.M. Junquera, R. Martín-Granizo. Diagnóstico, prevención y tratamiento de la osteonecrosis de los maxilares por bifosfonatos. Recomendaciones de la Sociedad Española de Cirugía Oral y Maxilofacial (SECOM). Diagnosis, prevention, and treatment of bisphosphonate-associated osteonecrosis of the jaw. Recommendations of the Spanish Society of Oral and Maxillofacial Surgery (SECOM). *Rev. Esp. Cir Oral y Maxilofac.* 2008;30,3 (mayo-junio):145-156.
4. American Association of Oral and Maxillofacial Surgeons position paper on bisphosphonates-related osteonecrosis of the jaws. *J Oral Maxillofac. Surg.* 2007;65:369-76.
5. Prado Bernal N, Carrasco E, Prado Bernal J. Manejo estomatológico del paciente en terapia con bifosfonatos. *Rev. ADM* 2011; 68(1): 8-16.
6. Misch C. E. *Implantología Contemporánea*, 3a Edición Barcelona, España: Elsevier, 2009. Cap. 6: 71-90.
7. Márcio Diniz-Freitas, Jacobo Limeres. Prevention of medication-related osteonecrosis of the jaws secondary to tooth extractions. A systematic review. *Oral Patol. Oral Cir Bucal.* 2016 Mar 1;21 (2):e250-9.
8. Xiaojie Ji, Smruti Pushalkar, Yihong Li, Robert Glickman, Kenneth Fleisher, and Deepak Saxena. Antibiotic Effects on bacterial Profile in osteonecrosis of the Jaw. *Oral Dis.* 2012 January ; 18(1): 85-95.

VÍNCULO ENTRE SALUD ORAL Y ENVEJECIMIENTO SALUDABLE.

APORTE DE LA ORTODONCIA-ORTOPEDIA A LA SALUD BUCAL DEL ADULTO MAYOR

PARTE 2

“SALUD ORAL PARA UNA POBLACIÓN EN PROCESO DE ENVEJECIMIENTO: EVIDENCIA DE UN DERECHO FUNDAMENTAL” (FDI, OCTUBRE DE 2017)

BEATRIZ LEWKOWICZ*

*Especialista en ortodoncia. Miembro del Comité Científico de la Carrera de Especialista en Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial. Ateneo Argentino de Odontología, Universidad Favaloro.

Equipo docente: “Clínica Ortodoncia Adultos.” Dras.: Beatriz Lewkowicz, Rosana Celnik, Maria Concepción Cocco, Gabriela Conci, Graciela Resnik, Mirta Resnik, Marisa Schevitz. Docentes auxiliares: Mariana Lian y Mariela Kokuta.

SÍNDROME DE LA APNEA OBSTRUCTIVA DEL SUEÑO (SAHS)

Durante el sueño, el tono de músculo estriado disminuye o desaparece. La **mayor relajación de la actividad muscular provoca** trastornos respiratorios durante el sueño manifestada por múltiples despertares.

Se agrava en la vejez. La mayoría de las disfunciones respiratorias son frecuentes en el adulto mayor, con una prevalencia de 40 a 50% en mayores de 65 años.

La actividad muscular controla la posición del paladar blando, lengua, aparato hioideo y paredes posteriores de la faringe. La tensión del geniogloso disminuye con la edad, su función es soportar la vía aérea retro lingual, se suma a la disminución o cesación de la actividad muscular del constrictor faríngeo superior y del palatogloso y palatofaríngeo, elevadores del paladar durante el sueño, que promueven el flujo aéreo nasal en posición supina (12).

Casi todas las apneas de tipo obstructivo ocurren a nivel faríngeo. La vía faríngea está sometida a la acción de músculos dilatadores y constrictores, sincronizada con la de otros músculos de la respiración.

Consiste en que los músculos que controlan la lengua y el paladar blando, manteniendo la vía respiratoria abierta, se relajan y se estrechan causando ronquidos y dificultades para respirar.

Habiendo perdido capacidad de contracción, obstruyen las vías respiratorias, disminuyendo el flujo de aire, provocando desoxigenación y **momentos de asfixia**.

A medio y largo plazo, la apnea del sueño conlleva insomnio y cansancio crónico e interfiere en la actividad diaria normal. Está asociada a hipertensión, insuficiencia cardíaca, ictus y cardiopatía isquémica

La aparatología de avance mandibular está indicada en las apneas **obstructiva** leve a moderada caracterizadas por ausencia de la señal respiratoria en presencia de esfuerzo respiratorio; este signo es la evidencia de las **apneas periféricas**. La aparatología ortopédica de avance mandibular tiene un efecto mecánico, proyecta a mandíbula y por arrastre a la lengua hacia adelante y abajo, aumentando la vía aérea superior. El CPAP es la indicación apropiada para las apneas centrales. Otras terapéuticas las presentaremos en la próxima publicación, que abarcará la conducta terapéutica para adultos comprendidos entre 45 y 65 años.

APNEA: INDICACIÓN DE APARATOLOGÍA ORTOPÉDICA

Caso clínico 7

Paciente derivado para ser atendido de su apnea obstructiva.

- Es un paciente adulto mayor con antecedentes de cardiopatías e hipertensión.
- Sintomatología diurna, cansancio y somnolencia.
- Sintomatología nocturna < ronquidos fuertes y despertares agresivos.
- Desdentado superior e inferior.

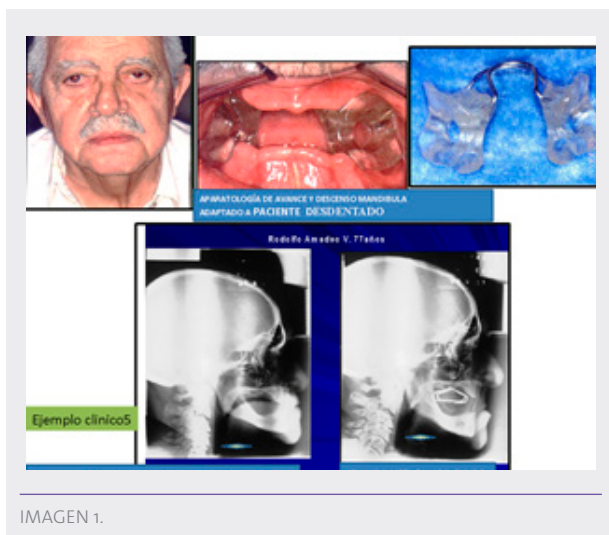


IMAGEN 1.

- Telerradiografía: vías respiratorias muy reducidas. Hioideos descendido.
- Polisomnografía: el sueño estuvo fragmentado por despertares y micro despertares espontáneos asociados a ronquidos y escasos episodios de apnea.
- Se registró patrón EMgG en miembros inferiores con movimiento de piernas.
- Leve hipertensión- baja caída de oxigenación.
- Presencia de esfuerzo espiratorio.
- Se indica una aparatología de avance y descenso mandibular.
- Aparatología ortopédica adaptada a paciente desdentado, con paladar descubierto y abertura anterior.

Caso clínico 8

Paciente derivado por neurólogo, con la solicitud de colocación aparatología ortopédica, con diagnóstico de apnea mixta.



IMAGEN 2. VÍAS RESPIRATORIAS SUPERIORES MUY DISMINUIDAS. HIOIDES ALTA DE LA 4TA. VÉRTEBRA.

En el cuestionario clínico rescatamos estos datos:

- Síntomas clínicos.
- Irritabilidad.
- Somnolencia diurna.
- Despertares agresivos.
- Ronquidos.
- Examen de rostro: micrognatia.
- Telerradiografía: vías respiratorias muy reducidas. Hioideos descendido.
- Polisomnografía.

Polisomnografía de control con activador de Klamt, reducción de frecuencia y profundidad de apneas, índice apnea/hora episodios, 20.

APNEA APARATOLOGÍA ORTOPÉDICA PROVISORIA Y DE CONTROL CLÍNICO

Previo a la indicación y uso de la aparatología ortopédica de avance mandibular, instalamos una aparatología provisoria que confeccionamos con dos lacas vacupress, para establecer un adelanto y descenso mandibular apropiado que no genere molestias articulares ni dolores miofaciales, indicamos su uso por el término de un mes y evaluamos los cambios clínicos.

Aparatología de control clínico

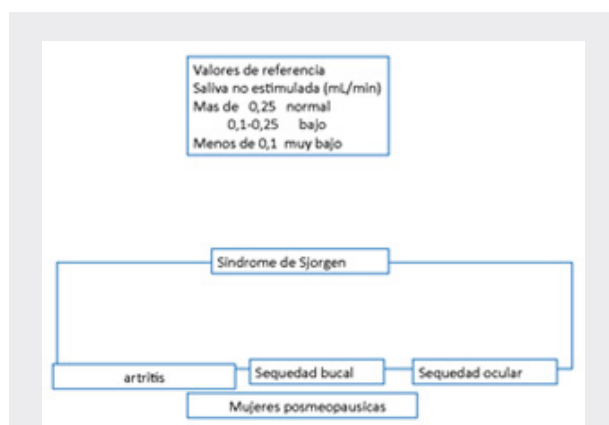
Unión vacupress superior-inferior protrusión y descenso mandibular

Xerostomía

La salud oral de los ancianos suele estar comprometida por xerostomía, acompañada de infecciones dolorosas de las mucosas. La disminución de la secreción de saliva afecta entre el 29 y 57 % de ancianos, con sintomatología de ardor y dolor bucal.

La ineficiencia en la trituración del alimento, la disminución de salivación, la dificultad de formación del bolo alimenticio y la pérdida de capacidad gustativa de la lengua juegan un rol relevante en la elección de los alimentos y en consecuencia en el estado nutricional (cuadro I. 1.1. 1.2).

El síndrome de Sjogren es una enfermedad crónica, autoinmune, afecta en el 90% de los casos a mujeres posmenopáusicas. Es una enfermedad reumática que afecta a las glándulas exocrinas, encargadas de producir líquidos como la saliva, lágrimas, secreciones mucosas de la laringe, tráquea y secreciones vaginales. Su función es lubricar las mucosas que están vinculadas al exterior.



CUADRO 1.2

SINDROME DE ARDOR BUCAL boca seca del adulto mayor hiposialia-xerostomia	
MEDICAMENTOS aumentan la xerostomia	Factores concomitantes
- antidepresivos - ansiolíticos - antihistaminicos - antihipertensivos - anticolinérgicos - antipsicóticos - laxantes	- Terapias radiantes - quimioterapia - diabetes - enfermedades autoinmunes.

CUADRO 1-1.1 BOCA SECA DEL ADULTO MAYOR

Gentileza de Dra. Isabel Adler. Profesora titular de Clínica Estomatológica, FOUBA.

Cáncer bucal en adultos mayores y su impacto en la supervivencia

La prevalencia de carcinoma oral de células escamosas aumenta pasados los 60 años.

El cáncer oral es uno de los diez tipos de cáncer más comunes. Puede prevenirse reduciendo la exposición a los factores de riesgo, tabaco, alcohol, exposición a los rayos UV, higiene bucal defectuosa. Son factores de riesgo la presencia de candidiasis crónica, enfermedades inmunodepresoras.

“Los trastornos orales potencialmente malignos a menudo preceden a los carcinomas. En un 70% de los casos de cáncer oral, las lesiones suelen comenzar como manchas de color blanco o rojo que progresan a la ulceración. Cualquier signo que permanezca más de dos semanas debe ser enviado a la consulta especializada, para la realización de una biopsia. La detección temprano de estos trastornos pueden reducir la posibilidad de transformaciones malignas y mejorar las tasas de supervivencia de cáncer oral”.

Incorporar exámenes de la mucosa oral deben ser instrumentos de las evaluaciones rutinarias. Están precedidos por lesiones orales premalignas, como manchas rojas o blancas persistentes en la boca. “Centrar el control en los lugares más comunes del cáncer oral: la lengua, el interior de las mejillas y la base de la boca” (13).

El examen de detección primario para el cáncer oral consiste en una valoración clínica sistemática de la cavidad oral. La exploración incluye palpar los nódulos linfáticos regionales, la lengua y la base de la boca.

Los signos claves son: ulceración, induración, infiltración, sangrado y presencia de nódulos. El diagnóstico se basa en el examen clínico y la biopsia (14).

Caso clínico 9

Paciente con problemas funcionales en la deglución –xerostomía, sintomatología dolorosa- en tratamiento de quimioterapia.

Iatrogenia odontológica. Frente al dolor, una actitud profesional que alivie la tensión emocional: dando seguridad, confianza, tranquilidad, serenidad e indicando actividades físicas, y ejercicios de relajación. Es preciso tener un enfoque multidimensional, criterioso y realista, estética, oclusal, y económica realista (15).

Prioridad: recuperación de la deglución sin dolor. La deglución se inicia en forma voluntaria, en la boca, a partir de allí queda bajo el control reflejo. El centro de la deglución, localizado en el bulbo raquídeo, controla la porción refleja. Receptores somato-sensoriales detectan la información sensorial, el nervio glossofaríngeo informa alimento en la boca, inicia el proceso motor activando los músculos faríngeos.

La fase bucal inicia cuando la lengua empuja el bolo alimenticio hacia atrás en dirección a la faringe, se produce en **máxima intercuspidad oclusal**.

La duración y la presión de contacto de los dientes durante la deglución entre dientes es mayor a 683 milisegundos lo que es 3 veces más que en la masticación con una frecuencia de 590 veces cada 24 horas, de las cuales 146 son para alimentación y 394 entre comidas, mientras estamos despiertos y 50 veces, mientras dormimos.

En esta paciente, las interferencias oclusales impiden deglutir en una interdigitación en relación céntrica, su **mandíbula debe** desplazarse hacia adelante en busca de una intercuspidad que habilite la deglución; la lengua, en posición baja, presiona sobre el grupo incisivo inferior provocando pérdida de estructura de soporte y apantallamiento dentario.

En la ATM, se produce un desplazamiento del menisco articular a una posición ante medial, cuyo síntoma es el clic en apertura y cierre.

Este cuadro clínico se manifiesta con dolor preauricular de la ATM izquierda y lesiones en las estructuras dentarias, alveolares y articulares (18).

Para posibilitar la deglución sin dolor, damos prioridad terapéutica a la recuperación de la deglución sin interferencias, iniciando el tratamiento con ajuste oclusal, eliminando el contacto prematuro. Conducta que adoptamos en alteraciones oclusales asociadas a piezas dentarias irreversibles, que deben recibir tratamiento restaurador postratamiento ortodóncico (9,15).

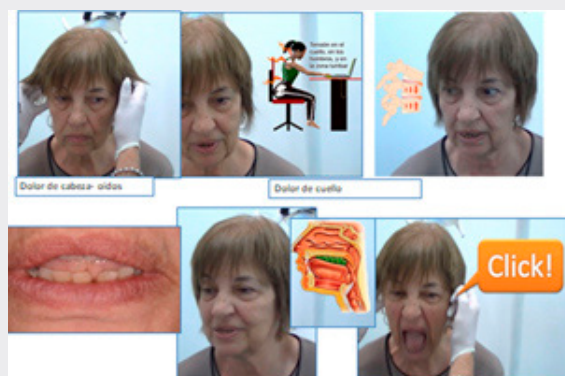
Adosado al tratamiento de su oclusión, derivamos a fonoaudióloga, solicitando entrenamiento de relajación lingual, gimnasia de relajación de cuello, higiene del sueño, baños de inmersión con sales y reeducación de la posición durante su trabajo, y medicación para aumentar la salivación.

Alteración relación postural y funcional de la mandíbula - alteración relaciones oclusales - artrosis condilar

La paciente ha recibido muchísimas intervenciones odontológicas, que han lesionado su calidad de vida con altos costo de sus estructuras dentarias y alveolares.



DIFICULTAD CON LA DEGLUCIÓN -PROYECTA LA MANDIBULAR- LENGUA PRESIONANDO INCISIVOS INFERIORES



DEGLUCIÓN - AVANCE MANDIBULAR



EJEMPLO CLÍNICO 6

Múltiples espacios edéntulos, desarmonía relaciones oclusales, dificultad en la deglución, xerostomía, mialgias.

Dificultad con la deglución: proyecta la mandibular e interpone la lengua con presión sobre incisivos inferiores, chasquido oído izquierdo, interferencia oclusal 3.8.

Factores concomitantes: terapia radiante.

Quimioterapia.



EJEMPLO CLÍNICO 6 – AJUSTE OCLUSAL



EJEMPLO CLÍNICO 6



ELONGACIÓN Y MOVIMIENTOS DEL CUELLO. POSICIÓN DE TRABAJO, BAÑO DE INMERSIÓN CON SAL.

Pretratamiento 22/4/2015
postratamiento 21/12/2015

Paciente HC. 25545. Clínica de Ortodoncia. Adultos, Carrera de Especialista Ortodoncia y Ortopedia (AAO, Universidad Favaloro).

La senectud no provoca per se recesión gingival ni pérdida de los tejidos periodontales, pero si está asociada a una higiene oral menos rigurosa, la exposición más prolongada del biofilm afecta el periodonto y explica la prevalencia de enfermedad periodontal y pérdida de piezas dentarias en los adultos mayores.

Es una enfermedad inflamatoria crónica, de etiología bacteriana que afecta el tejido duro y blando que sostiene los dientes.

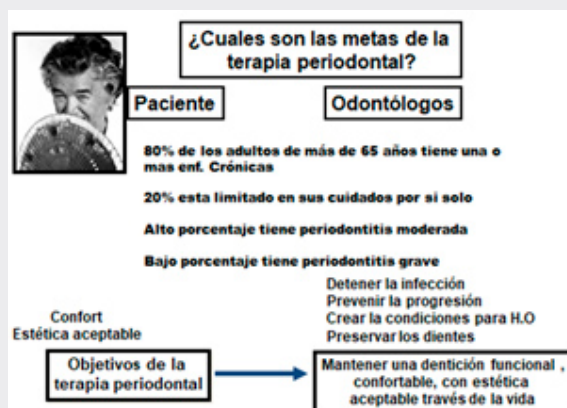
La prevalencia de enfermedad periodontal aumenta con la edad, con impacto en la salud general del adulto mayor debido a la disminución de capacidad del sistema de inmunidad (16) (cuadro II-1 -2).

De acuerdo al estudio del año 2010 del BUREAU 3 millones de adultos mayores tienen problemas en las funciones orales, por edentulismo, seguido de periodontitis y caries no tratadas.

La gingivitis y la enfermedad periodontal tienen impacto en la salud. La boca puede ser reservorio de bacterias asociadas a las úlceras estomacales. Es un factor de riesgo en las enfermedades cardiovasculares con mayor gravedad en pacientes diabéticos. Infecciones orales están asociadas a endocarditis bacteriana, estomatitis severas.

Condicionamiento tratamiento enfermedad periodontal

Estado de salud-problemas	Medicación-tratamientos
• Enfermedades crónicas • Incapacidad física • Prótesis removable • Edentulismo • Sequedad bucal • Cambio de flora • Digestivos • Cardiovasculares • Endocrinas • Inmunológicas • Osteoporosis	• Quimioterapia? • Radioterapia? • Antidepresivos • Inmunodepresores • Anti_histaminicas • Opiodes-neurolepticos



CUADRO II.1 Y II.2

CUADRO II.1: FACTORES CONDICIONANTES DE LA ENFERMEDAD PERIODONTAL. CUADRO II.2: LESIONES POR ASOCIACIÓN PRÓTESIS Y MALA HIGIENE ORAL

Los pacientes mayores tienen **aumentada la sensibilidad de los tejidos al biofilm**, y **capacidad disminuida a la cicatrización**.

No se hace evidente mientras se mantenga un estricto control del biofilm, comienza con la eliminación de placa sub y supra gingival y enseñanza de cepillado.

Es una necesidad reforzar hábitos de cuidado bucal que reduzcan el riesgo de caries y enfermedad periodontal.

Los objetivos son: detener la infección, prevenir la progresión, preservar los dientes, crear condiciones para higiene oral, consolidar técnicas de cepillado.

El tratamiento y la respuesta del adulto al tratamiento periodontal son semejantes en todos los grupos etarios, está centrado en el control del biofilm con recomendación de evaluación y retratamiento en los pacientes que han tenido enfermedad periodontal. El problema se agrava con el uso de prótesis removable, en especial si están desadaptadas.

Caso clínico 10

Paciente con demanda estética, postratamiento periodontal.



- Secuela de periodontitis raíces expuestas-pérdida de estructura periodontal. Periodonto normalizado.
- Apiñamiento de incisivos inferiores.
- Fractura borde incisal incisivos centrales superiores.
- Planificación terapéutica: extracción de 1.4 -alineamiento dentario, contención fija-control periodontal cada 3 meses.

Caso clínico 11

Paciente concurre con demanda de tratar su periodontitis y la estética de su boca.

Planificación terapéutica

- Tratamiento periodontal, raspaje y medicación. Técnica de cepillado.
- Espera de recuperación durante los meses siguientes al alta periodontal.
- En el lapso de cuatro meses, se comienza con el tratamiento de ortodoncia, adecuación técnica del cepillado a la aparatología.

- La extracción de 1.4 se realizó después del alineamiento dentario, para evitar el desplazamiento de los incisivos restantes (17).
- Ferulización incisivos inferiores, incluyó una carilla reemplazando el incisivo extraído.
- Contención fija, control periodontal cada 3 meses.

Caso clínico 12

Demanda de tratamiento de rehabilitación protética.

Objetivo: armonización sistema estomatognático, uso de férula oclusal.

Tratamiento interdisciplinario: periodontal, ortodóncico, protésico, fonoaudiológico.

Percepción y anamnesis

- Percepción: paciente con alto umbral del dolor. Solo percibe pérdida de audición oído izquierdo.
- Personalidad optimista.
- Antecedentes odontológicos: ajuste oclusal, relata, desgaste de las muelas por problemas de mordida.



Listado de problemas

- Desdentada bilateral arco superior e inferior.
- Prótesis superior de acrílico, removible, desadaptada.
- Deglución con interposición lingual y avance mandibular.
- Artrosis condilar TTM pérdida cortical cóndilos.
- Apertura mandibular con latero desviación hacia la derecha.

Criterios terapéuticos

- Posición mandibular ortopédica - posición musculoesquelética de la mandíbula estable y armónica.
- Rehabilitación protética: sectores laterales de la oclusión.
- Rehabilitación estética de la boca: en la sonrisa, en la fonación y en la deglución.
- Rehabilitación funcional armonizar oclusal y atm en las funciones deglución, fonatoria, masticación bilateral.
- Planificación - secuencia terapéutica.

Tratamiento interdisciplinario

1. Periodoncia, todo tratamiento ortodóncico comienza con la eliminación de placa sub y supra gingival y enseñanza de cepillado. Atención a la necesidad de reforzar hábitos de cuidado bucal que reduzca el riesgo de caries y enfermedad periodontal, esta paciente tiene una historia de múltiples pérdidas dentarias.
2. Rebasado prótesis, prótesis desadaptadas son causas frecuentes de estomatitis.

3. Férula oclusal o intermediario oclusal. Dado que la etiología y las interrelaciones de muchos trastornos temporomandibulares (TTM) son a menudo complejas, el tratamiento inicial debe ser, por lo general, reversible y no invasivo.

Cuando el paciente relata problemas funcionales y/o de dolor, que asociamos a desarmonías oclusales, las férulas oclusales ofrecen un primer diagnóstico de certeza sobre la relación deseable de la mandíbula –macizo cráneo facial; mejora temporalmente las relaciones oclusales y funcionales del sistema. La férula oclusal permite una posición articular más estable de la mandíbula, con el beneficio de ser un tratamiento oclusal reversible.

También pueden utilizarse, para introducir un estado oclusal óptimo que reorganice la actividad refleja neuromuscular, que reduce a su vez la actividad muscular anormal y fomenta una función muscular más normal.

Si una férula de relajación muscular ha resuelto el trastorno debe introducirse un estado oclusal similar mediante el tratamiento oclusal irreversible.

Otra característica favorable del tratamiento con férulas oclusales en los TTM es que resulta eficaz para reducir los síntomas. Cuando una férula oclusal se diseña específicamente para modificar un factor etiológico de los trastornos temporo-mandibulares, aunque sea temporalmente, se modifican también los síntomas.

En una amplia revisión crítica de la literatura, se comprobó que su eficacia está entre el 70 y el 90%. El mecanismo exacto por el que las férulas consiguen este efecto ha sido objeto de una controversia y no se ha establecido aún de manera concluyente.

Lo que sí es evidente es que se trata de una modalidad terapéutica no invasiva y reversible que puede ser útil para tratar los síntomas de muchos TTM. Estas férulas están indicadas a menudo en el tratamiento inicial y en algunos tratamientos.

La resolución de los síntomas depende de lo bien que la férula cumpla los objetivos terapéuticos. (18)

Cuando el paciente cierra en una posición músculos esqueléticamente estable, todos los contactos deben ser uniformes sobre superficies planas, con una estabilidad y retención total.

El aparato oclusal es extraíble y crea un contacto oclusal preciso con los dientes de la arcada opuesta permite definir la posición mandibular en relación al macizo craneofacial. Altera la posición condílea:

La mayoría de las férulas modifican la posición condílea, generando una posición músculo-esquelética mandibular más estable y armónica. Identifica la posición deseable del maxilar inferior con la ayuda directa de los músculos, reduciendo las imprecisiones del montaje de los modelos, el efecto sobre la articulación puede conducir a una reducción de los síntomas.

En esta paciente, desdentada bilateral con lesiones en la ATM, indicamos llevar el dispositivo la mayor parte del tiempo, un uso continuado estabiliza la mandíbula en posición ortopédica. La misma indicación post rehabilitación protética.

Las instrucciones de uso de la férula difieren según el trastorno que se pretenda tratar. Cuando el problema es el bruxismo, el uso nocturno es esencial, mientras que el diurno puede no ser tan importante. Los trastornos de dolor muscular responden mejor a un uso a tiempo parcial, especialmente al uso nocturno. Según algunas investigaciones, el bruxismo se incrementa durante el sueño en la etapa No REM.

Característica de la férula oclusal: la superficie oclusal de la férula debe ser lo más plana posible, sin improntas para las cúspides mandibulares.

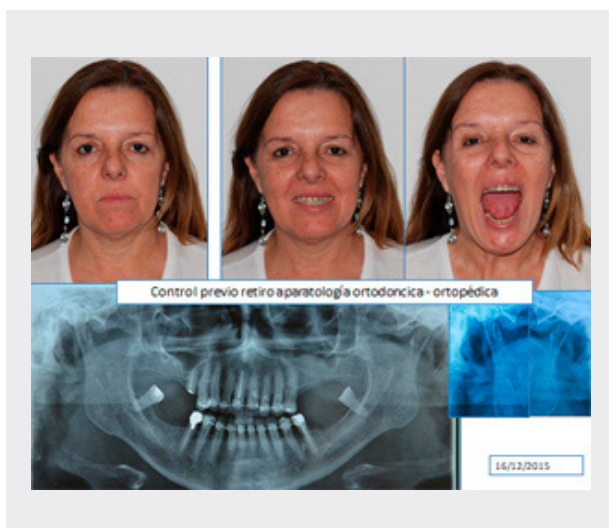
Cuando el paciente cierra en una posición músculos esqueléticamente estable, todos los contactos deben ser uniformes sobre superficies planas, con una estabilidad y retención total. En RC, todas las cúspides bucales de los dientes mandibulares posteriores contactan en superficies planas y con una fuerza igual.

Durante el movimiento de protrusión, los caninos mandibulares contactan con la férula con igual fuerza.

Los incisivos mandibulares contactan con menor fuerza que los caninos.



FÉRULA OCLUSAL – DEFINIR OBJETIVOS OCLUSALES EN EL TRATAMIENTO



En una amplia revisión crítica de la literatura, se comprobó que su eficacia está entre el 70 y el 90%. El mecanismo exacto por el que las férulas consiguen este efecto ha sido objeto de controversia y no se ha establecido aún de manera concluyente

Lo que sí es evidente es que se trata de una modalidad terapéutica no invasiva y reversible que puede ser útil para tratar los síntomas de muchos TTM. Estas férulas están indicadas a menudo en el tratamiento inicial y en algunos tratamientos de pacientes con sintomatología de dolor miofuncional.

La resolución de los síntomas depende de lo bien que la férula cumpla los objetivos terapéuticos.” (18)

Cuando una férula oclusal se diseña específicamente para modificar un factor etiológico de los TTM, aunque sea temporalmente, se modifican también los síntomas.



EJEMPLO 9D

CONCLUSIONES

- Llegar a la vejez con salud bucal debe estar precedido de prevención permanente, que asegure el mantenimiento de los dientes naturales y la intercepción de patologías, traumas que conducen a defectos e incapacidades.
- La enfermedad oral no es una consecuencia inevitable del envejecimiento, puede prevenirse o reducirse mediante medidas preventivas, intercepción de los factores de riesgo.
- Resignificar la salud oral y estética de la boca, en el contexto de su importancia en la calidad de vida.
- Objetivo terapéutico: salud de las estructuras, funcionalidad adecuada, suficiente y sin dolor para cumplir con las funciones de masticación, deglución, fonación, respiración.
- Realizar un control sistemático y regular. Integración de la salud oral a la salud general.
- Considerar el estado de salud general del paciente, medicamentos, y grado de dependencia.
- Formar odontólogos con conocimientos específicos y capacitación para integrar el equipo de salud del paciente geriátrico.
- Estimar la autopercepción del paciente en el diagnóstico y planificación terapéutica.
- Planificar los tratamientos acordes al principio de realismo económico y en los objetivos oclusales, funcionales y estéticos.

Los pacientes presentados fueron atendidos en la clínica docente asistencia ortodoncia adultos de la

carrera de especialista ortodoncia y ortopedia maxilofacial, han completado:

() ficha de autopercepción-protocolo de síntomas-anamnesis médico-odontológica- examen funcional- imágenes- protocolo de percepción estética-funcional y emocional**

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. FDI ORAL HEALTH FOR AN AGEING POPULATION. (OHAP) FDI.
2. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) National Dental Associations (NDSA).
3. GLICK M, MONTEIRO DA SILVA M, SEEGERER GK ET AL. FDI VISION 2020: SHAPING THE FUTURE OF ORAL HEALTH. *Int Dent J* 2012 62: 278-291.
4. PROFESOR IRA LAMSTER, LA SALUD ORAL DE LAS PERSONAS MAYORES. *International Dental Journal*, (IDIJ) 2018. 5. AN AET al, 2008a. *eur j oral sci* 2008 feb.
6. F MULLER. S, BRATER tratamiento con implantes del paciente geriátrico ITI, vol. 9, 2016).
7. LEWKOWICZ, BEATRIZ. "RONQUIDOS APNEAS DEL SUEÑO, SU TRATAMIENTO CON APARATOLOGIA ORTOPÉDICA" *Revista del Ateneo Argentino de Odontología*. 43,3 (2004):11-22.
8. DIAZ-REISSNER, C. V.; CASAS-GARCÍA, I.; ROLDÁN-MERINO, J. Calidad de vida relacionada con salud oral: Impacto de diversas situaciones clínicas odontológicas y factores socio-demográficos. Revisión de la literatura. *Int. J. Odontostomat.*, 11(1):31-39, 2017.
9. ENCAVIAM 2012 Encuesta nacional sobre calidad de vida de adultos mayores 2012 Instituto Nacional de Estadística y Censos Argentina, 2012.
10. GRACIELA SOIFER NUTRICION Y ANCIANO; CAPITULO 3. NUTRICION Y TERCERA EDAD; ABBOT LABORATORIOS ARGENTINA, S.A. BUENOS AIRES. ARGENTINA 2001).
11. F MULLER. S, BRATER. Tratamiento con implantes del paciente geriátrico ITI, vol. 9, 2016.
12. LEWKOWICZ, BEATRIZ "Ronquidos y Apnea del sueño, su tratamiento con aparatología ortopédica *Revista del Ateneo Argentino de Odontología*, 43,3. (2004) 11-22).
13. WWW. FDIWORLD DENTAL.ORG/ORAL-CANCER, "CANCER ORAL, PREVENCIÓN Y GESTIÓN DE PACIENTES".
14. NATIONAL CANCER INSTITUTE (PDK Adult Treatment Editorial Board). Lip and Oral Cavity Cancer Treatment (Adult) Bethesda MD 2018 Feb. 8.
15. KOKICH, VINCENT G. SEMINARIOS DE ORTODONCIA. INTEGRACION DE LA ORTODONCIA CON LA PERIODONCIA ENDODONCIA Y LA ODONTOLOGIA RESTAURADORA. Vol.3, n1 (mar 1997).
16. MCARTHUR WP. 16* Effect of aging on immuno-competent and inflammatory cells. *Periodontol* 2000 1998.
17. ZACHRISSON, BJÖRN SEMINARIOS DE ORTODONCIA. BIOMECANICA Y DISEÑOS DE APARATOS. Buenos Aires: Médica Panamericana. Vol.2, no 1. (mar 1996).
18. OKESSON JEFFREY P. TRATAMIENTO DE OCLUSION Y AFECTACIONES TEMPOROMANDIBULARES, 6ª ed. Barcelona. Elsevier, 2008.
19. ORLANDO MONTEIRO DA SILVA AND MICHAEL GLICK VISION 2020: A BLUEPRINT FOR THE PROFESSION FDI World Dental Federation, Geneva, Switzerland; 2School of Dental Medicine, University at Buffalo, Buffalo, NY, USA *Dental Journal* 2012; 62: 277. doi: 10.1111/idx.12011 FDI World) EDITORIAL.

Agradecimientos

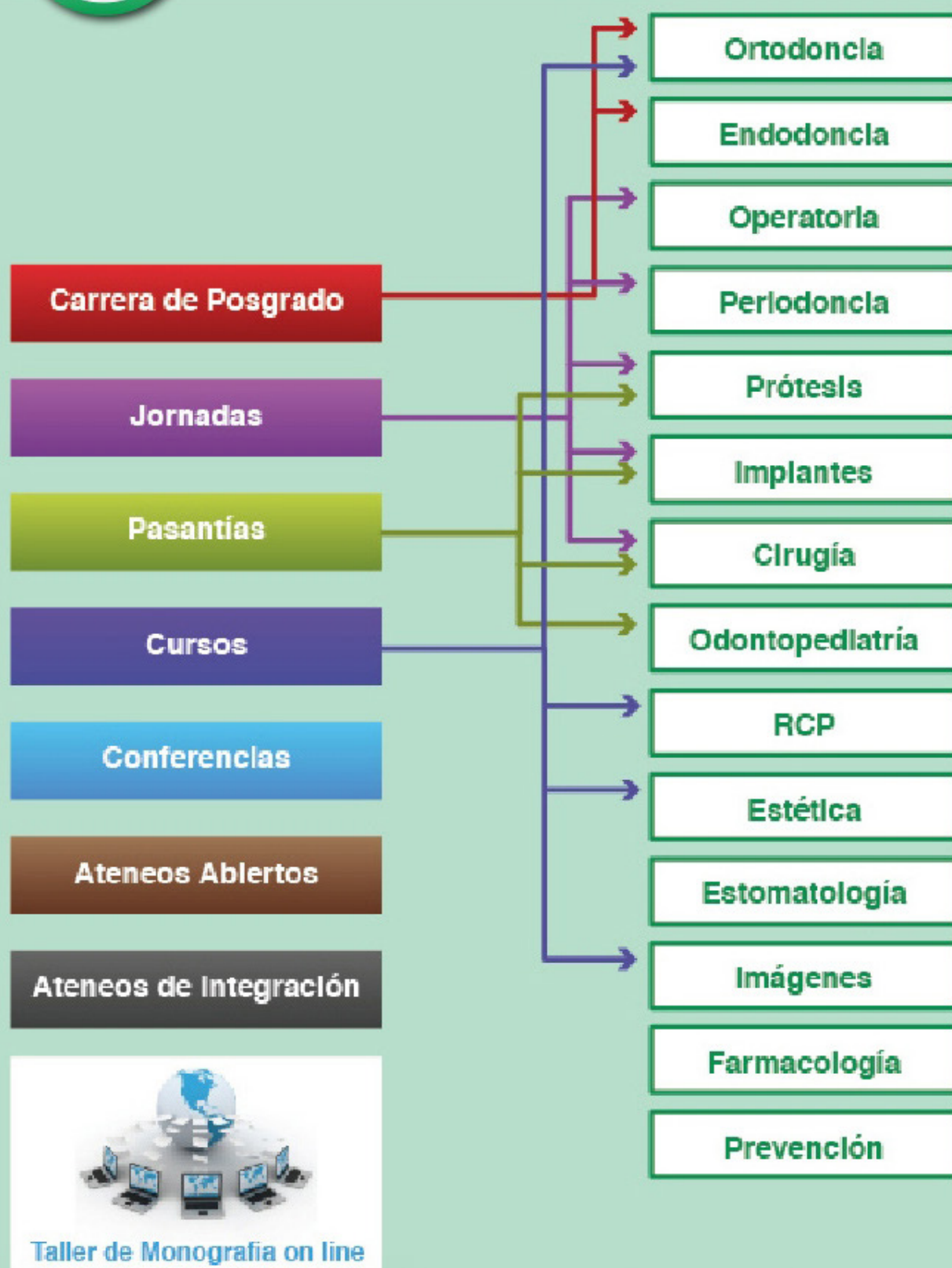
A las Dras Prof. Isabel Adler y Raquel Miodosky por haber cedido material para esta publicación.

Al Sr. Leonardo Chamorro, por haber facilitado la digitalización de las fotografías.

A las Sras. Claudia Villegas y Giselle Anone, por la preparación del material clínico.

A la Sra. María José Godoy por el aporte bibliográfico.

A la Sra. Adriana Cuerda por su permanente colaboración.



INFORMES E INSCRIPCION:

Ateneo Argentino de Odontología

Dr. Tomás Manuel Anchorena 1176 - CABA - Buenos Aires - Argentina

011 4962-2727 - ateneo@ateneo-odontologia.org.ar

www.ateneo-odontologia.org.ar

ANÁLISIS DE DIFERENTES PROTOCOLOS CEFALOMÉTRICOS LATERALES

PARTE I: PROTOCOLO

STELLA MARIS FLORES, EDITH LOSOVIZ, LILIANA PERIALE

Docentes de la Carrera de Ortodoncia del AAO, Unidad Operativa de la Universidad Favaloro.

RESUMEN

Esta presentación se centra en la aplicación de la cefalometría en la práctica clínica de la ortodoncia. Su objetivo es relacionar el protocolo utilizado en el Ateneo Argentino de Odontología (AAO) con los cefalogramas laterales diseñados por los Dres. Arne Björk, Joseph Jarabak, James McNamara y Robert Ricketts y proponer las visiones complementarias en la búsqueda de un diagnóstico y un plan de tratamiento de mayor precisión. Para cumplir con este objetivo, el presente trabajo será dividido en dos partes, a saber: “Parte I: Protocolo del AAO” y “Parte II Consideraciones sobre la aplicación de diferentes protocolos cefalométricos laterales en relación al del AAO”.

Palabras clave: cefalometría, ortodoncia, diagnóstico.

ABSTRACT

This paper focuses on the application of cephalometry in the clinical practice of Orthodontics. Its objective is to link the protocol used in the Ateneo Argentino de Odontología (AAO) with the lateral cephalograms designed by Drs. Arne Bjork, Joseph Jarabak, James McNamara and Robert Ricketts and propose complementary visions in the search for a more accurate diagnosis and treatment plan. In order to fulfil this objective, this work will be divided into two parts, namely: Part I: AAO Protocol and Part II Considerations on the application of different lateral cephalometric protocols in relation to that of the AAO.

Keywords: cephalometry, orthodontics, diagnosis.

INTRODUCCIÓN

El término cefalometría significa “medición de la cabeza”. Perteneció en un principio al ámbito de la antropología, realizándose sobre cráneos secos. La aparición de la imagen radiográfica permitió profundizar los estudios sobre cráneos en seres vivos. La creación de un posicionador para la cabeza del paciente (cefalostato) posibilitó la homogeneización de las imágenes. Los primeros cefalostatos datan de 1931 y fueron desarrollados por Hofarth en Alemania y Broadbent en USA.

Surge así la cefalometría radiográfica. Consiste en obtener una serie de mediciones a partir del calco de la radiografía a distancia del cráneo y de la cara (telerradiografía), que luego se comparan con valores predeterminados hallados estadísticamente. La aplicación clínica fue introducida por William B. Downs

en 1925. Fueron propuestos por distintos autores cantidad de cefalogramas laterales y frontales. Se caracterizaban por poseer muchos puntos de referencia y mediciones, por lo que su realización insumía tiempo y tenían relativa especificidad asociada a la clínica. Para superar tales escollos, aparecieron nuevos cefalogramas con el objetivo de proveer la máxima información con el menor número de mediciones posibles y mejorar la calidad de los datos obtenidos.

Cualquiera de los estudios cefalométricos, como elementos auxiliares de diagnóstico y respondiendo a la metodología de cada autor, nos permiten:

- determinar el origen de la maloclusión,
- obtener datos complementarios,
- elaborar un listado de prioridades,
- predecir las limitaciones, y
- comprobar los resultados.

En 1966, en Argentina, fue publicado el libro titulado *Cefalometría Clínica* (1), cuyos autores fueron los fundadores del entonces llamado Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar, hoy Ateneo Argentino de Odontología. En nota previa, dichos autores comentan:

“Entendemos que no hay otra forma de instituir un tratamiento que no sea sobre la base de un diagnóstico lo más amplio y profundo posible: esto se encierra en la clínica; dentro de éste la cefalometría (...) debe jugar un rol muy importante (...) Hace más de una década que utilizamos esta disciplina sistemáticamente en todos los pacientes, pero la experiencia nos fue demostrando que los mayores inconvenientes se nos planteaban en el campo metodológico, pues **no encontrábamos los carriles que vincularan el cuadro clínico y sobre todo sus aspectos etiopatogénicos con el conjunto de signos clínicos** que nos aporta la cefalometría”.

El Ateneo, atento a los odontólogos que inician su formación como ortodoncistas, imprime a la enseñanza de la cefalometría la modalidad de aplicar su protocolo teniendo en cuenta las bases clínicas de las maloclusiones. Incluye datos de varios autores, a saber: Steiner, Schwarz, Downs y Harvold.

Distintos cefalogramas pueden aportar visiones complementarias en la búsqueda de un diagnóstico y un plan de tratamiento de mayor precisión. La razón de esta publicación, en la Parte I, es hacer referencia a la metodología propuesta por los Dres. Beszkin, Lipszyc, Voronovitsky y Zielinsky; en la Parte II, hacer la comparación y/o complementación con los cefalogramas presentados por los Dres. Björk-Jarabak(1, 2), McNamara(3) y Ricketts(4, 5).

Consideraciones generales del estudio cefalométrico

Sea cual fuere el diseño del protocolo a aplicarse en el estudio complementario cefalométrico, con el objeto de diagnosticar una maloclusión y definir un plan de tratamiento, ciertos requisitos se plantean en relación a la imagen y al trazado:

- La **imagen** debe tener muy buena definición y contraste para poder observar los reparos anatómicos a partir de los cuales se determinan puntos y se trazan líneas, estableciendo planos y ángulos.
- El **trazado** puede ser totalmente manual con el calco de los reparos anatómicos realizados por el operador o con el auxilio de una plantilla (template). Cada uno de estos procesos tiene sus beneficios y sus inconvenientes: el manual se ajusta a

los reparos anatómicos de la imagen del paciente, la plantilla reproduce una imagen estandarizada.

- Otra opción es el uso de la cefalometría digital, cuyo trazado responderá a los requerimientos del programa utilizado.
- En cuanto a los **reparos anatómicos**, distintos autores proponen los necesarios en relación a su propio trazado.
- No existe **coincidencia** absoluta en la determinación de algunos puntos cefalométricos que tienen la misma denominación. Por ejemplo: el Go de Ricketts y el Go de Steiner.

A continuación será detallado el protocolo del AAO.

Protocolo del AAO

Tiene la particularidad de tener su especificidad asociada a la clínica. Da respuesta en función de un orden jerarquizado, de acuerdo a una lógica de análisis y a las características de una maloclusión; ello contribuye al diagnóstico, al plan de tratamiento y al pronóstico.

Asumiendo que el término maloclusión se refiere a una alteración estética y/o funcional del sistema estomatognático, a continuación se describe su aplicación.

En términos de jerarquía, en primer lugar, analiza las estructuras craneales, luego las estructuras maxilodentarias, la predicción de crecimiento y, finalmente, el perfil en su conjunto, como elemento de valoración estética y clínica.

El ordenamiento final, que sirve como enfoque del conjunto del caso, se hace a partir de la conformación de cada una de las partes, para arribar a un diagnóstico morfológico. De esta forma, se puede concretar si las anomalías existentes son: de forma, tamaño, posición y dirección de crecimiento.

Es importante la constatación de la interdependencia de las partes, observando en particular si guardan relaciones armónicas entre ellas o no. La desviación de las cifras estándar, por sí solas, no marcan una anomalía.

La obtención de los datos que componen el protocolo responde al siguiente esquema:

1. Análisis antero-posterior

a. Análisis basal

- i. Posición de los maxilares con respecto al cráneo y entre sí
- ii. Tamaño de los maxilares

- b. Compromiso dentoalveolar superior e inferior
- c. Análisis funcional

2. Análisis vertical

- a. Basal
 - i. Comportamiento de los maxilares con respecto al cráneo y entre sí
- b. Dentoalveolar
 - i. Entrecruzamiento incisivo
 - ii. Extrusión del sector posterior
 - iii. Extrusión del sector anterior

3. Predicción del crecimiento

- a. Análisis de la base craneal
- b. Características estructurales en la telerradiografía
- c. Análisis mandibular - ángulo goníaco
 - i. Crecimiento de la rama
 - ii. Crecimiento del cuerpo

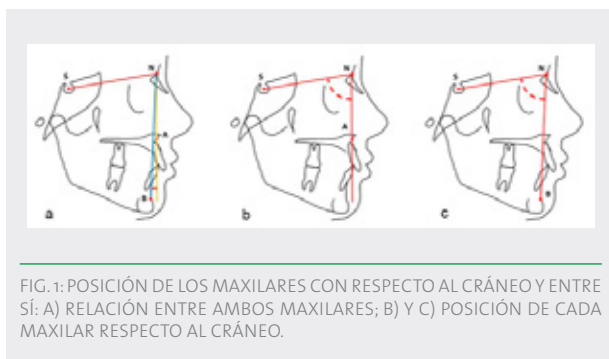
4. Análisis del perfil

- a. Óseo
- b. Dentario
 - i. Relación incisivo-mentón (relación de Holdaway)
 - ii. Relación incisivos con sus basales
 - iii. Relación interincisiva
- d. Blando
 - i. Labio superior
 - ii. Labio inferior

1. Análisis anteroposterior

- a. Basal
 - i. Posición de los maxilares con respecto al cráneo y entre sí.

Para su determinación se utilizan los ángulos ANB, SNA y SNB de Steiner (fig. 1).



El ángulo ANB vincula los maxilares entre sí con respecto al cráneo, determinando si existe alteración basal entre ambos. Si su valor está dentro del prome-

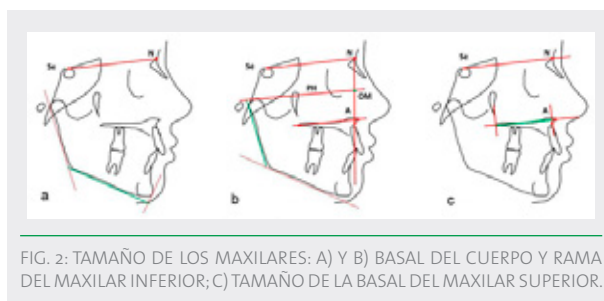
dio indica una normoclusión, si está aumentado una distoclusión y si está disminuido, una mesioclusión.

Para analizar la situación de cada uno de los maxilares se recurre a los ángulos SNA y SNB. La situación de normoclusión puede darse con ambos maxilares en promedio, en anteposición (biprotusión), o en retroposición (birretrusión). Tanto la distoclusión, como la mesioclusión pueden originarse por alteraciones de posición del maxilar superior, del inferior o combinación de ambos.

ii. Tamaño de los maxilares

Schwarz establece primero el **debe ser** del tamaño del cuerpo del maxilar inferior en relación a la base craneal anterior, es decir Se-N + 3 mm. Tomando este valor como referencia determina el **deber ser** de la rama mandibular como los 5/7 y de la basal del maxilar superior como los 2/3.

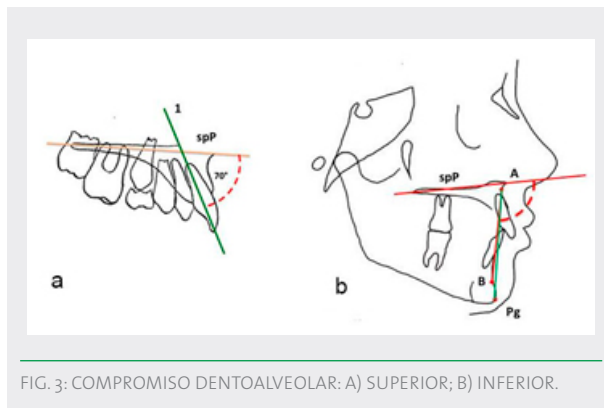
Lo compara con las medidas reales del paciente, es decir el **es**, medido directamente sobre el calco (fig. 2).



La comparación de ambos valores, el **debe ser** y el **es**, permite establecer si los tamaños, al estar aumentados o disminuidos, influyen en la maloclusión.

b) Compromiso dentoalveolar superior e inferior

La presencia de un escalón a nivel dentario puede deberse a factores basales y/o al componente dentoalveolar propiamente dicho.



En el protocolo del AAO se analiza el compromiso dento-alveolar, según fue propuesto por Schwarz. Para la alveolar superior (fig. 3a) se utiliza el ángulo 1-SpP que marca la inclinación del incisivo superior respecto a su basal. Si está aumentado o disminuido, implica volcamiento o empinamiento respectivamente.

En relación al compromiso dentoalveolar inferior (fig. 3b) se analiza la diferencia entre los ángulos SpP-AB y SpP-APg. Superados los 2° de diferencia se considera retrusión alveolar inferior.

c) Análisis funcional

Este análisis, a través del ángulo de Harvold (7), fue incorporado al protocolo original por su valor clínico. Está relacionado con el uso y manejo de la aparatología funcional como mecanoterapia con criterio interceptivo y/o correctivo en período de crecimiento y también como referencia en dentición permanente.

En el cefalograma de Harvold es evaluada la relación entre los componentes de los procesos alveolares que soportan las raíces de los incisivos y la inclinación del plano oclusal funcional (POF). En la Clase I Funcional (neutroclusión funcional) la relación entre el POF y el plano interapical de los incisivos determina un ángulo de $89^{\circ} \pm 5^{\circ}$ (fig. 4a). Si el ángulo es mayor a 94° , indica una Clase Funcional II (fig. 4b) y si es menor a 84° , una Clase Funcional III (fig. 4c).

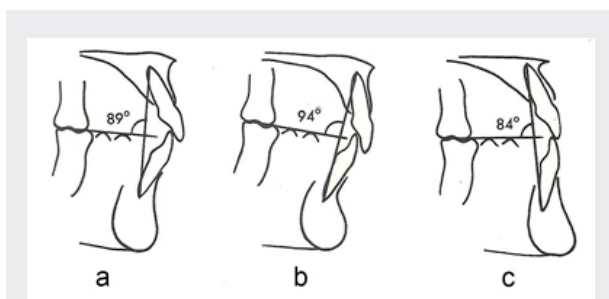


FIG. 4: ANÁLISIS FUNCIONAL DE HARVOLD. A) CLASE FUNCIONAL I: UNA ANGULACIÓN ENTRE EL PLANO INTERAPICAL Y EL POF DE APROXIMADAMENTE $89^{\circ} \pm 5^{\circ}$; B) CLASE FUNCIONAL II: ÁNGULO MAYOR DE 94° POR PROTRUSIÓN MAXILAR, MANDÍBULA CORTA O INCLINACIÓN DEL POF; C) CLASE FUNCIONAL III: ÁNGULO MENOR DE 84° POR TAMAÑO Y/O POSICIÓN DE LOS MAXILARES.

Al relacionar el POF con el plano interapical intervienen dos variables: una anterior y otra lateral. La anterior está condicionada por la inclinación de los incisivos respecto de su basal y la lateral, por la erupción de las piezas dentarias.

Para acercarse a una Clase Funcional I habrá que actuar sobre el factor alterado, ya sea la inclinación de los incisivos que determinan el Plano Interapical, y/o sobre el POF.

La aplicación clínica de este análisis está vinculada a la protección del sector anterior de la oclusión en función de cómo recibe las cargas paraxiales dentro de su límite de tolerancia.

2) Análisis vertical

a. Basal.

iii. Comportamiento de los maxilares con respecto al cráneo y entre sí.

Para su determinación se utilizan los ángulos GoGn-Sn de Steiner, J. y B. de Schwarz (fig. 5).



FIG. 5: COMPORTAMIENTO VERTICAL: A) ROTACIÓN MANDIBULAR, B) INCLINACIÓN MAXILAR, C) ÁNGULO INTERBASAL.

El ángulo GoGn-Sn vincula la basal del maxilar inferior con la base del cráneo (fig. 5 a). Indica la dirección de crecimiento. Si su valor está dentro del promedio el crecimiento es armónico; si está aumentado, marca una retroinclinación y si está disminuido, una anteinclinación.

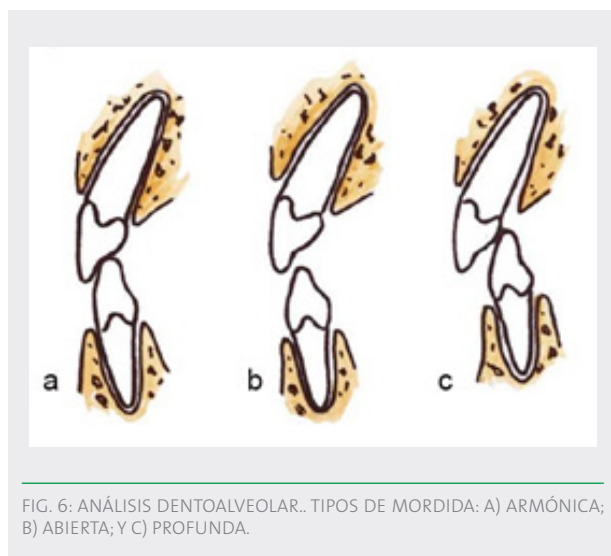
El ángulo J hace lo propio con el maxilar superior (fig. 5 b). Si es menor que la norma marca una retroinclinación y si es mayor anteinclinación.

El ángulo B (Fig. 5 c) vincula las basales maxilares entre sí. Sus variaciones son dependientes de los ángulos antes descriptos. Puede estar en paralelo, divergente o convergente. Clínicamente condiciona la toma de decisiones terapéuticas en cuanto a realizar o no extracciones dentarias, al manejo de la aparatología funcional, y al límite de la ortodoncia y la necesidad de resolución quirúrgica.

b. Dentoalveolar.

i. Entrecruzamiento incisivo.

En el sector anterior se aprecia si existe o no entrecruzamiento entre los incisivos independientemente del factor dentario individual (fig. 6).



Esto determina una relación promedio o mordida armónica, escaso o falta de entrecruzamiento o mordida abierta y excesivo entrecruzamiento o mordida profunda.

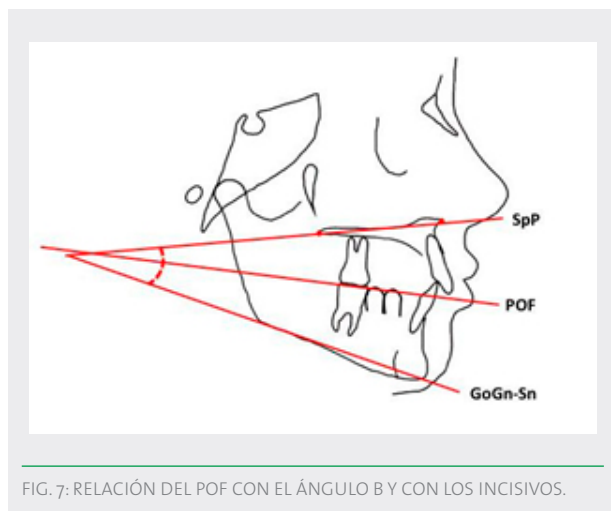
ii. Extrusión de dientes posteriores

En el sector posterior se analiza la relación entre el ángulo B y el POF (fig. 7).

El POF debe cortar al ángulo B en su vértice o hasta 2 mm por encima del mismo sobre el plano SpP. Si excede ese valor, se interpreta como mayor desarrollo dentoalveolar inferior; si está por debajo del vértice, es mayor el desarrollo dentoalveolar superior.

iii. Extrusión de dientes anteriores

En el sector anterior individualiza el comportamiento de los incisivos respecto al POF: si cualquiera de los dos incisivos excede dicho plano en más de 2 mm se considera extrusión (fig. 7).

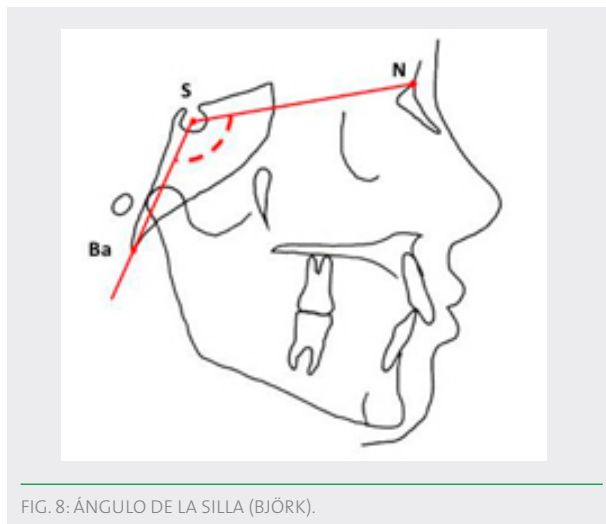


3) Predicción del crecimiento

Se utiliza el análisis estructural de Björk basado en la observación de la base del cráneo y en las características estructurales de la mandíbula.

a) Observación de la base del cráneo

Se observa la flexión entre la base craneal anterior y la base craneal posterior mediante el ángulo de la Silla, que se presenta en el cefalograma de Björk-Jarabak con una norma de $123^\circ \pm 5^\circ$ (fig. 8).

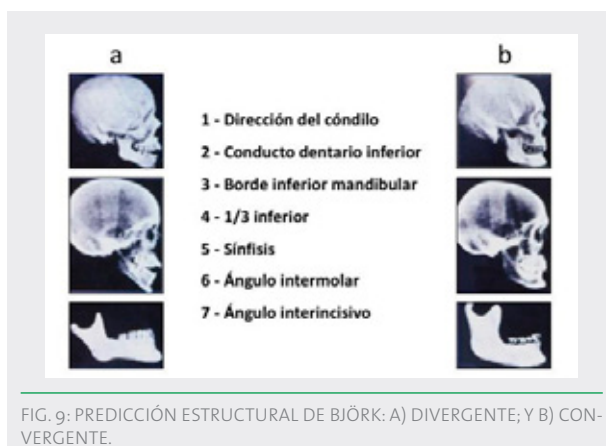


En un paciente en crecimiento, un ángulo de la Silla más agudo indica que la posición de las cavidades glenoideas marcan una tendencia al prognatismo. En la situación contraria, ángulo más obtuso, aporta al retrognatismo.

b) Observación de la mandíbula

i. Características estructurales observables en la telerradiografía.

De acuerdo al tipo constitucional, la observación de los puntos propuestos por Björk permite rápidamente determinar si el crecimiento tiene características de divergencia o convergencia (fig. 9).



Características mandibulares en los crecimientos:

Divergente

- Dirección del cóndilo hacia atrás
- Conducto dentario recto
- Borde inferior con escotadura antegonial
- 1/3 inferior del rostro aumentado
- Sínfisis angosta
- Ángulo intermolar agudo
- Ángulo interincisivo agudo

Convergente

- Dirección del cóndilo hacia adelante
- Conducto dentario curvo
- Borde inferior sin escotadura antegonial
- 1/3 inferior del rostro disminuido
- Sínfisis ancha
- Ángulo intermolar obtuso
- Ángulo interincisivo obtuso

c) Análisis mandibular – ángulo goníaco

El valor promedio es $130^\circ \pm 7$. El aumento o la disminución informará sobre la rotación divergente o convergente, respectivamente (fig. 10 a y b).

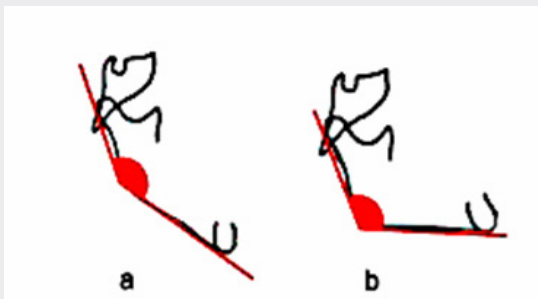


FIG. 10: ÁNGULO GONÍACO TOTAL: A) ROTACIÓN DIVERGENTE; Y B) ROTACIÓN CONVERGENTE.

Para precisar la tendencia del crecimiento mandibular se debe considerar al ángulo goníaco en dos partes: ángulo goníaco superior y ángulo goníaco inferior.

Si se analiza la oblicuidad de la rama o del cuerpo podrá apreciarse la tendencia de crecimiento en sentido horizontal y vertical.

El aumento o la disminución del ángulo goníaco superior (fig. 11 a y b) informan sobre la mayor o

menor proyección del mentón en sentido antero-posterior.

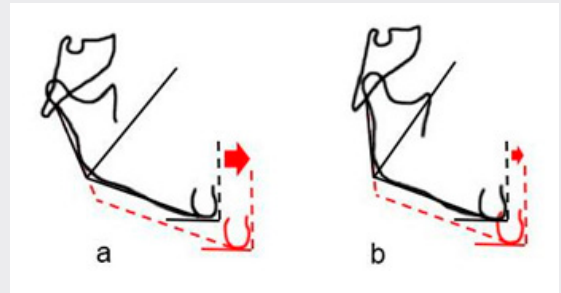


FIG. 11: ÁNGULO GONÍACO SUPERIOR: A) AUMENTADO; B) DISMINUIDO (BJÖRK).

El ángulo goníaco inferior (fig. 12 a y b) informa sobre la tendencia del crecimiento vertical.

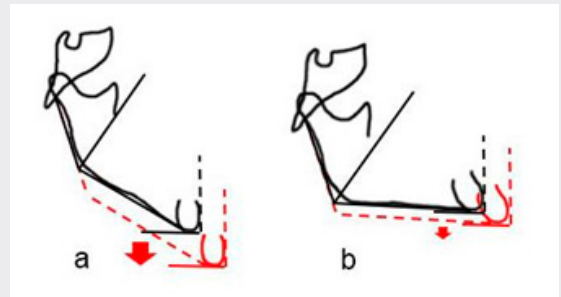


FIG. 12: ÁNGULO GONÍACO INFERIOR: A) AUMENTADO; B) DISMINUIDO (BJÖRK).

4) Análisis del perfil

a. Óseo

Se utiliza el ángulo de la convexidad de Downs (fig. 13).

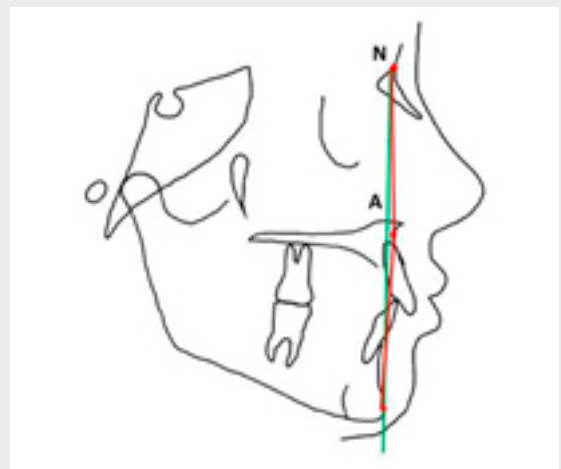


FIG. 13: ÁNGULO DE LA CONVEXIDAD DE DOWNS.

De acuerdo a la posición del punto A, en relación al plano NPg se verifica que: si está incluido en el plano

o hasta 4° por delante, el perfil es positivo recto; si está por delante en más de 4° , el perfil es positivo convexo, y si está por detrás, es negativo cóncavo.

b. Dentario

No siempre es posible establecer precisiones en la relación de los incisivos con condiciones favorables al perfil (estética) y a su dirección de inserción en el hueso alveolar que lo contiene, es decir, condiciones favorables y estables en el tiempo para recibir las cargas a las que están sujetos.

Dice Juan Canut (8): “...Para que los dientes puedan absorber las intensas fuerzas masticatorias y transmitir las a los arbotantes óseos faciales, es necesario que cada grupo dentario mantenga una adecuada posición e inclinación con su base ósea apical, ya que, de lo contrario, peligraría su estabilidad oclusal. (...) Es una relación óseo-dentaria dependiente de una variedad de factores individuales, funcionales y estéticos. (...) El sentido clínico, como manifestación personal creativa, se pone a prueba al decidir dónde deben estar ubicados los incisivos inferiores, tomando en consideración la ciencia de la oclusión dentaria y el arte de la estética facial. En esta decisión intervienen múltiples factores: la maloclusión presente, la individualidad del paciente, la tolerancia neuromuscular, las implicaciones periodontales y la técnica de tratamiento, todo ello integrado por la experiencia clínica del ortodoncista.”

De acuerdo con Canut, se proponen a continuación tres aspectos a ser considerados:

i. Relación incisivo-mentón: Relación de Holdaway

Es un dato decididamente estético. Según Holdaway, la distancia del incisivo inferior y del mentón al plano NB deben ser iguales para que exista armonía (fig. 14).

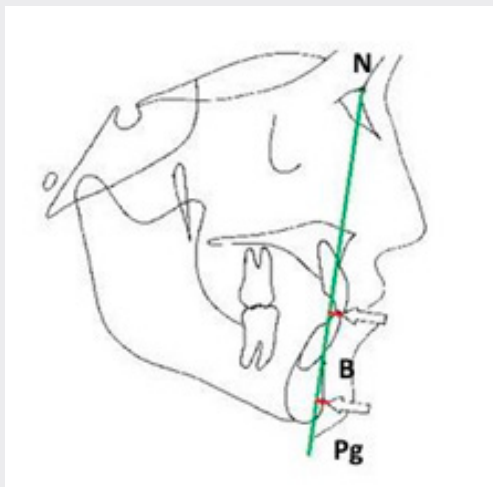


FIG. 14: RELACIÓN DE HOLDAWAY

ii. Inclinación de los incisivos con sus basales

Se refiere a la relación de los incisivos superior e inferior con sus respectivas basales (fig. 15).

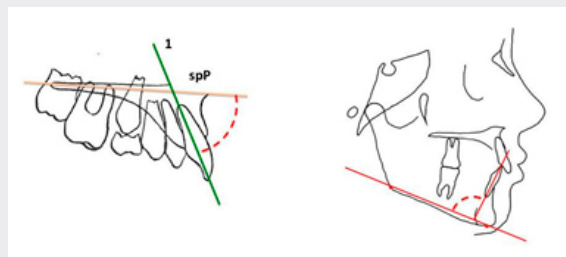


FIG 15: RELACIÓN DE LOS INCISIVOS CON SUS BASALES

La inclinación dentro de la norma establecida sugiere que las fuerzas recibidas por dichas piezas dentarias tenderán a ser axiales, con lo cual las cargas son, funcionalmente, mejor aceptadas.

iii. Relación interincisiva

Se utiliza para evaluar un aspecto puramente dentoalveolar o la consecuencia de una alteración esquelética (fig. 16).

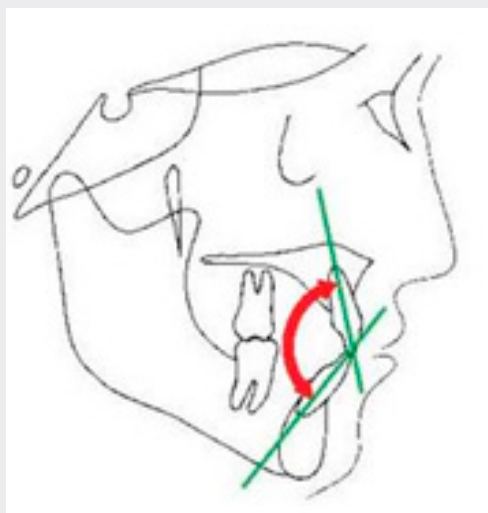


FIG 16: ÁNGULO INTERINCISIVO

Cuando sus valores están disminuidos (ángulo agudo) puede expresar una biprotrusión verdadera (incisivos volcados) que es acompañada de valores promedio del ángulo B. La falsa biprotrusión es consecuencia de la divergencia de las basales.

c. Blando

La línea estética de Ricketts analiza la posición de los labios con respecto a ella (fig. 17).

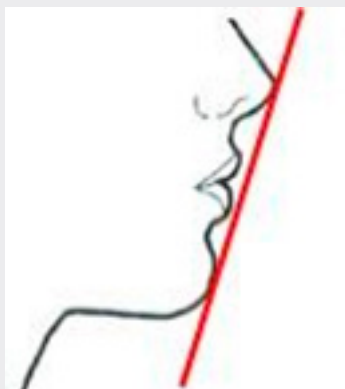


FIG 17: LÍNEA ESTÉTICA DE RICKETTS

En un perfil armónico el labio superior debería estar ubicado a 2 o 3 mm de la línea y el inferior tocarla.

Modelo de protocolo usado en el AAO

Ficha N°:			
Paciente			
Ángulo J (Pn-SpP)			
	Distancia Se-N	mm	
	Fiolo		Es
Ángulo goniaco (123.)			Es
Tamaño cuerpo max. inferior (dist. Se-N+3mm)	Debe ser		Es
Tamaño de la rama max. inf. (5/7 del cuerpo)	Debe ser		Es
Tamaño del max. sup. (2/3 del cuerpo del max. inf.)	Debe ser		Es
Relaciones anteroposteriores de basales (SpP-APg)			
1- ANÁLISIS ANTEROPOSTERIOR			
a) Basal			
l) Posición de los maxilares			

CONCLUSIÓN

Para cumplir con el objetivo de esta publicación se presentan los datos cefalométricos, complementarios para el diagnóstico de una maloclusión, siguiendo una secuencia considerada lógica, que permite desentrañar su origen para actuar en consecuencia con el tratamiento.

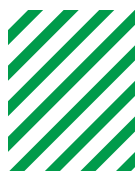
El componente óseo basal tiene un comportamiento fuertemente condicionado por la constitución genética del individuo. Ello restringe la posibilidad de ejercer grandes cambios sobre el mismo. Por otra parte, el componente dentoalveolar permite compensar ciertas desarmonías para cumplir con los objetivos del tratamiento, es decir, aptitud para desempeñar con eficiencia las funciones del sistema estomatognático y lucir un agradable alineamiento dentario.

La secuencia lógica planificada en el protocolo del AAO permite establecer una categoría de análisis jerarquizada en función de los condicionantes y de las posibilidades de intervención terapéutica.

En términos de obtener mayor precisión en el diagnóstico, es aconsejable enriquecerlo con visiones de otros cefalogramas. Por este motivo, se expondrán en la Parte II de esta publicación aspectos propuestos por los Dres. Arne Björk, Joseph Jarabak, James McNamara y Robert Ricketts. En ese abordaje se establecerán comparaciones de datos y enfoques complementarios.

BIBLIOGRAFÍA

1. Beszkin E. y col. Cefalometría Clínica. Ed. Mundi – Bs.As., 1966.
2. Björk, A. Facial growth in man with the aid of metallic implants. Acta Od. Scand., 13:9, Junio, 1955.
3. Jarabak Joseph. Aparatología de Arco de Canto con Alambres Delgados. Ed. Mundi, 129:166, septiembre 1975.
4. McNamara, James. A Method of Cephalometric Evaluation. American Journal of Orthodontic, Vol 86 N° 6, 449:469, December 1984.
5. Ricketts, R.M.. Cephalometric Analysis And Synthesis, The Angle Orthodontist. Vol. 31, N° 3: 141:156, July 1961.
6. Rizzuti, A.. Descripción cefalométrica de Ricketts. Rev. AAO, Vol XXIX, 54:66, Julio-Diciembre, 1992.
7. Harvold, E. The activator in interceptive orthodontics. Ed. The C.V. Mosby Company, Saint Louis, 1974.
8. Canut, Juan. La posición de los incisivos inferiores: formulas diagnósticas y fundamentos clínicos. Rev. Esp. Ortod.;Vol 29, 3-16, 1999.



ALERTA BIBLIOGRÁFICO

Estimados socios:

El Centro Documental pone a su disposición el listado de las publicaciones periódicas recibidas, junto con los enlaces correspondientes a las mismas. De este modo, podrá consultar de forma directa el contenido de sus índices o solicitarlos, a través de correo electrónico, a biblioteca@ateneo-odontologia.org.ar. Las publicaciones mencionadas se encuentran disponibles para ser consultadas exclusivamente en el Centro Documental del Ateneo Argentino de Odontología de lunes a viernes de 8 a 13 h y de 13.30 a 16.00 h y sábados de 8 a 12 h.

AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTICS & DENTOFACIAL ORTHOPEDICS (AJO-DO)

VOL 155, N.º 6, JUN 2019

AMERICAN ASSOCIATION OF ORTHODONTICS.
ST. LOUIS

ISSN: 0889-5406

<http://www.ajodo.org/current>

AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTICS & DENTOFACIAL ORTHOPEDICS (AJO-DO)

VOL 156, N.º 1, JUL 2019

AMERICAN ASSOCIATION OF ORTHODONTICS.
ST. LOUIS

ISSN: 0889-5406

<http://www.ajodo.org/current>

AMERICAN JOURNAL OF ORTHODONTICS & DENTOFACIAL ORTHOPEDICS (AJO-DO)

VOL 156, N.º 3, SEP 2019

AMERICAN ASSOCIATION OF ORTHODONTICS.
ST. LOUIS

ISSN: 0889-5406

<http://www.ajodo.org/current>

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES

VOL 42, N.º 1, AÑO 2018

ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ORTOPEDIA FUNCIONAL DE LOS MAXILARES

ISSN: 0326-9752

<http://www.aaofm.org.ar/Revistas/>

CÍRCULO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA

VOL LXXVIII, N.º 228, AGO 2019

CÍRCULO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA

ISSN: 0325-7499

<http://www.lineip.com.ar/cao/revista.html>

COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA PCIA. DE SANTA FE. 2º CIRC.

BOLETÍN INFORMATIVO

MAYO 2019

COLEGIO DE ODONTÓLOGOS DE LA PCIA. DE SANTA FE. 2º CIRC.

BOLETÍN INFORMATIVO

JULIO 2019

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO

VOL 13, N.º 1, 2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE CUYO.
FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

ISSN: 1667-4243

<http://www.fodonto.uncu.edu.ar/>

INTERNATIONAL ENDODONTIC JOURNAL

VOL 52, N.º 2, FEB 2019

BRITISH ENDODONTIC SOCIETY AND EUROPEAN
SOCIETY OF ENDODONTOLOGY

ISSN: 0143-2885

<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/>

(ISSN:)1365-2591

INTERNATIONAL ENDODONTIC JOURNAL

VOL 52, N.º 3, MAR 2019

BRITISH ENDODONTIC SOCIETY AND EUROPEAN
SOCIETY OF ENDODONTOLOGY

ISSN: 0143-2885

<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/>

(ISSN:)1365-2591

INTERNATIONAL ENDODONTIC JOURNAL

VOL 52, N.º 4, ABR 2019
 BRITISH ENDODONTIC SOCIETY AND EUROPEAN
 SOCIETY OF ENDODONTOLOGY
 ISSN: 0143-2885
<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/>
 (ISSN:)1365-2591

INTERNATIONAL ENDODONTIC JOURNAL

VOL 52, N.º 5, MAY 2019
 BRITISH ENDODONTIC SOCIETY AND EUROPEAN
 SOCIETY OF ENDODONTOLOGY
 ISSN: 0143-2885
<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/>
 (ISSN:)1365-2591

INTERNATIONAL ENDODONTIC JOURNAL

VOL 52, N.º 6, JUN 2019
 BRITISH ENDODONTIC SOCIETY AND EUROPEAN
 SOCIETY OF ENDODONTOLOGY
 ISSN: 0143-2885
<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/>
 (ISSN:)1365-2591

INTERNATIONAL ENDODONTIC JOURNAL

VOL 52, N.º 7, JUL 2019
 BRITISH ENDODONTIC SOCIETY AND EUROPEAN
 SOCIETY OF ENDODONTOLOGY
 ISSN: 0143-2885
<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/>
 (ISSN:)1365-2591

INTERNATIONAL ENDODONTIC JOURNAL

VOL 52, N.º 8, AGO 2019
 BRITISH ENDODONTIC SOCIETY AND EUROPEAN
 SOCIETY OF ENDODONTOLOGY
 ISSN: 0143-2885
<http://onlinelibrary.wiley.com/journal/10.1111/>
 (ISSN:)1365-2591

JOURNAL OF ENDODONTICS (JOE)

VOL 45, N.º 7, JUL 2019
 THE AMERICAN ASSOCIATION OF ENDODONTISTS
 ISSN: 0099-2399
<http://www.jendodon.com/>

JOURNAL OF ENDODONTICS (JOE)

VOL 45, N.º 8, AGO 2019
 THE AMERICAN ASSOCIATION OF ENDODONTISTS
 ISSN: 0099-2399
<http://www.jendodon.com/>

JOURNAL OF ENDODONTICS (JOE)

VOL 45, N.º 9, SEP 2019
 THE AMERICAN ASSOCIATION OF ENDODONTISTS
 ISSN: 0099-2399
<http://www.jendodon.com/>

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA ARGENTINA

VOL 106, N.º 4, DIC 2018
 ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA ARGENTINA
 ISSN: 0004-4881
<http://www.aoa.org.ar/acerca-de/comunicaciones/revista-aoa/>

REVISTA DE LA ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA ARGENTINA

VOL 107, N.º 1, MAR 2019
 ASOCIACIÓN ODONTOLÓGICA ARGENTINA
 ISSN: 0004-4881
<http://www.aoa.org.ar/acerca-de/comunicaciones/revista-aoa/>

REVISTA DE LA FACULTAD DE ODONTOLOGÍA. UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE

VOL XI, N.º 1, AÑO 2018
 UNIVERSIDAD NACIONAL DEL NORDESTE.
 FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
 ISSN: 1668-7280
<http://www.odn.unne.edu.ar/>

REVISTA [I] SALUD

VOL 14, N.º 67, MAY 2019
 UNIVERSIDAD ISALUD
 ISSN: 1850-0668
<http://www.isalud.edu.ar/ediciones-revista.php>

REVISTA [I] SALUD

VOL 14, N.º 69, SEP 2019
 UNIVERSIDAD ISALUD
 ISSN: 1850-0668
<http://www.isalud.edu.ar/ediciones-revista.php>

SEMINARS IN ORTHODONTICS

VOL 25, N.º 2, JUN 2019
 ELSEVIER
 ISSN: 1073-8746
<http://www.semortho.com/>



AGENDA DE CONGRESOS Y JORNADAS

EN EL PAÍS 2020

MARZO

V JORNADA TRANSDISCIPLINARIA

Fecha: 27 de marzo

Organiza: Sociedad Argentina de Ortodoncia

Sede: A confirmar

Correo electrónico: secretaria@ortodoncia.org.ar

Sitio web: www.ortodoncia.org.ar

JORNADA DE PRÓTESIS

Fecha: 31 de marzo

Organiza: Ateneo Argentino de Odontología

Sede: Ateneo Argentino de Odontología

Correo electrónico:

ateneo@ateneo-odontologia.org.ar

Sitio web: www.ateneo-odontologia.org.ar

ABRIL

JORNADA DE ENDODONCIA

Fecha: 27 de abril

Organiza: Ateneo Argentino de Odontología

Sede: Ateneo Argentino de Odontología

Correo electrónico:

ateneo@ateneo-odontologia.org.ar

Sitio web: www.ateneo-odontologia.org.ar

JUNIO

JORNADA DE PERIODONCIA

Fecha: 26 de junio

Organiza: Ateneo Argentino de Odontología

Sede: Ateneo Argentino de Odontología

Correo electrónico:

ateneo@ateneo-odontologia.org.ar

Sitio web: www.ateneo-odontologia.org.ar

AGOSTO

SAC 2020 – XXVII REUNIÓN DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE CIRUGÍA Y TRAUMATOLOGÍA BMF (SAC)

Fecha: 19 al 21 de agosto

Organiza: Sociedad Argentina de Cirugía y Traumatología Bucomaxilofacial

Sede: Alvear Icon Hotel & Residences Puerto Madero

Correo electrónico: sac@aoa.org.ar

Sitio web: www.sacytbmf2020.com

JORNADA DE OPERATORIA

Fecha: 20 de agosto

Organiza: Ateneo Argentino de Odontología

Sede: Ateneo Argentino de Odontología

Correo electrónico:

ateneo@ateneo-odontologia.org.ar

Sitio web: www.ateneo-odontologia.org.ar

COSAE 2020 – XIX CONGRESO DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE ENDODONCIA (SAE)

Fecha: 26 al 29 de agosto

Organiza: Sociedad Argentina de Endodoncia

Sede: Hotel Hilton Buenos Aires

Correo electrónico: sae@aoa.org.ar

Sitio web: www.endodoncia-sae.com.ar

CURSO INTERNACIONAL. DR. CARLOS PLANAS – DRA. CATALINA CANALDA

REHABILITACIÓN NEURO OCLUSAL

Fecha: 29 y 30 de agosto

Organiza: Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares

Sede: Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares

Correo electrónico: secretaria@aaofm.org.ar

Sitio web: www.aaofm.org.ar

SEPTIEMBRE

XXII JORNADAS INTERNACIONALES DE LA APA – IX CONGRESO DE ODONTOLOGÍA RESTAURADORA (APA) – PRÓTESIS 2020

Fecha: 9 al 11 de septiembre

Organiza: Asociación Prostodóntica Argentina

Sede: Golden Center Buenos Aires

Correo electrónico: apa@aoa.org.ar

Sitio web: www.prostodoncia.org

XXX JORNADAS DE LA ASOCIACIÓN ARGENTINA DE ODONTOLOGÍA PARA NIÑOS (AAON)

Fecha: 24 al 26 de septiembre

Organiza: Asociación Argentina de Odontología para Niños

Sede: Hotel Scala Buenos Aires

Correo electrónico: aaon@aoa.org.ar

Sitio web: www.aaon.org.ar

JORNADAS DE CIRUGÍA E IMPLANTOLOGÍA

Fecha: 25 de septiembre

Organiza: Ateneo Argentino de Odontología

Sede: Ateneo Argentino de Odontología

Correo electrónico:

ateneo@ateneo-odontologia.org.ar

Sitio web: www.ateneo-odontologia.org.ar

OCTUBRE

XXXV REUNIÓN ANUAL DE LA SOCIEDAD ARGENTINA DE PERIODONTOLOGÍA (SAP)

Fecha: 8 al 10 de octubre

Organiza: Sociedad Argentina de Periodontología

Sede: Hotel Scala Buenos Aires

Correo electrónico: contacto@saperiodoncia.org.ar

Sitio web: www.saperiodoncia.org.ar

34° CICAQ 2020 – CONGRESO INTERNACIONAL DEL CÍRCULO ARGENTINO DE ODONTOLOGÍA

Fecha: 22 al 24 de octubre

Organiza: Círculo Argentino de Odontología

Sede: Palais Rouge

Correo electrónico: congresos@cao.org.ar

Sitio web: www.cicao.com.ar

NOVIEMBRE

6° Jornadas Argentinas de Ortodoncia

Fecha: 4 al 7 de noviembre

Organiza: Sociedad Argentina de Ortodoncia

Sede: A confirmar

Correo electrónico: secretaria@ortodoncia.org.ar

Sitio web: www.ortodoncia.org.ar



CLÍNICAS DE ATENCIÓN ODONTOLÓGICA

CIRUGÍA

CIRUGÍA I

Jefe de clínica: Carlos Castro

Días y horarios: sábados de 9 a 12 h (quincenal)

CIRUGÍA II E IMPLANTES

Jefe de clínica: Carlos Guberman

Días y horarios: jueves de 9 a 11.30 h

CIRUGÍA III E IMPLANTES

Jefa de clínica: Patricia Gutierrez

Días y horarios: martes de 10 a 14.30 h

CIRUGÍA V

Jefes de clínica: Jorge M. García y Lautaro Lemlich
(quincenal)

Días y horarios: miércoles de 9 a 11 h

DISFUNCIÓN

OCLUSIÓN Y DISFUNCIÓN

Jefe de clínica: Moisés Gerszenszteig

Días y horarios: lunes de 9 a 10.30 h (quincenal)

ENDODONCIA

ENDODONCIA

Jefes de clínica: Beatriz Maresca y Juan Meer

Días y horarios: lunes de 13 a 16 h

ESTOMATOLOGÍA

ESTOMATOLOGÍA

Jefe de clínica: Carlos Vaserman

Días y horarios: jueves de 9 a 11.30 h

ODONTOPEDIATRÍA

ODONTOPEDIATRÍA

Jefas de clínica: Alicia Aichenbaum, Marcela Sánchez, Ada Santiso, Patricia Zaleski

Días y horarios: viernes de 8.30 a 10 h (mensual)

ORTODONCIA Y ORTOPEDIA

ORTODONCIA. TÉCNICAS MIXTAS I

Jefes de clínica: Paula Doti y Claudia Zaparart

Días y horarios: martes de 11.30 a 13.30 h (mensual)

ORTODONCIA. TÉCNICAS MIXTAS II

Jefas de clínica: Claudia Zaparart y Romina Bleynat

Días y horarios: martes de 11.30 a 13.30 h (quincenal)

SERVICIO PARA EL TRATAMIENTO DE ALTERACIONES FUNCIONALES DEL SISTEMA ESTOMATOGNÁTICO (STAF)

Jefa de clínica: Edith Losoviz

Días y horarios: martes de 11 a 12.30 h (quincenal)

ORTOPEDIA

Jefas de clínica: Noemí Lisman, Moira Bent
y Noemí Nicastro

Días y horarios: miércoles de 9 a 10.30 h

ORTODONCIA EN ADULTOS

Jefas de clínica: Beatriz Lewkowicz, Graciela Resnik
y Rosana Celnik

Días y horarios: miércoles de 13.30 a 15.30 h

ORTODONCIA

Jefa de clínica: Laura Stefani

Días y horarios: jueves de 10.00 a 12.00 h

ORTODONCIA

Jefe de clínica: Eduardo Muiño

Días y horarios: jueves de 13 a 15.00 h

ORTODONCIA

Jefa de clínica: Liliana Periale

Días y horarios: Viernes de 10 a 14 h

ORTOPEDIA

Jefa de clínica: Liliana Periale

Días y horarios: viernes de 15 a 16 h

PERIODONCIA

PERIODONCIA

Jefe de clínica: Luis Urzua

Días y horarios: miércoles y jueves de 14 a 16 h
(mensual). Sábados de 8.30 a 10.30 h (mensual)

PRÓTESIS

PRÓTESIS

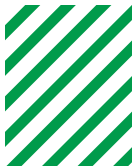
Jefe de clínica: Juan R. Farina

Días y horarios: martes de 8 a 11 h

PRÓTESIS Y ORTODONCIA

Jefas de clínica: Graciela Resnik y Patricia Gutierrez

Días y horarios: miércoles de 10 a 12 h (mensual)



HOMENAJE DR. JAIME FISZMAN



Como suele ocurrir en circunstancias penosas como éstas, numerosas cosas buenas se dirán –con justicia- acerca de Jaime. Habiéndolo conocido en noviembre de 1950, fui testigo de varias de ellas. Era, efectivamente, trabajador, ocurrente, tanguero empedernido, interesado por la cultura. Y, además, cascarrabias.

Quiero, sin embargo, poner el centro en un aspecto que, según creo, fue un norte en su trayectoria.

Jaime Fiszman no fue un predicador del bien en abstracto, un cultor de la meritocracia individualista. El bien -pensaba- había que construirlo.

Adhería a teorías que sostienen que las condiciones sociales y económicas en las cuales evolucionan los seres humanos desde edades tempranas determinan, en buena medida, su subjetividad, es decir, su sentido común, su modo de entender la vida y, en consecuencia, sus conductas.

Así, resulta fácil de comprender que, proveniente de un hogar proletario, se enrolara desde la adolescencia, junto a otros cientos de jóvenes, en el progresista Centro Cultural Israelita “David Bergelson” de Villa Urquiza, participara en las memorables asambleas estudiantiles en el Aula Magna de la Facultad tras la caída del gobierno de Perón en 1955 reivindicando la Reforma Universitaria de 1918 y se integrara –ya odontólogo- en organizaciones de graduados que bregaban por la defensa y la jerarquización de la labor de los profesionales.

Este proceso se consolidó con su ingreso a nuestra institución, de la mano de su amigo Elías Beszkin que, junto a Luis Zielinsky y otros colegas la habían fundado pocos años antes con el nombre de Ateneo Argentino de Ortopedia Maxilar. Sus creadores procuraban una entidad odontológica diferente, democratizando la enseñanza, reduciendo la distancia entre maestro y alumno, estimulando el trabajo en equipo, priorizando la búsqueda del diagnóstico por sobre el empirismo técnico, opinando sobre temas de Salud Dental Pública, creando una clínica para que, a la par de prestar servicios accesibles a pacientes carecientes, teoría y práctica brindados simultáneamente fueran realidad.

En ese ámbito Jaime transitó durante varias décadas de su vida, atravesando diferentes instancias como dirigente y docente. Fue significativo su interés por nutrir con aportes culturales a la actividad institucional.

¡Jaime Fiszman merece ser recordado!

ISAAC RAPAPORT

Es difícil despedir a un contemporáneo, compañero en la construcción de nuestro Ateneo, y más difícil contar una trayectoria de vida. Solo contaré mi impronta, rasgos que lo destacaban y anécdotas compartidas.

¿Cómo presentarlo?, ¿cómo recordarlo? no era muy simpático, no era un manual de gentilezas, pero creía firmemente en el compañerismo, en la necesidad de contar con espacios para la charla amiga.

Era muy buena persona, amante de su familia, orgulloso de sus hijos, Mariano y Paula, nos comentaba con orgullo logros académicos y personales.

Fue un feminista temprano, siempre valoró la tarea de su esposa, respetó su independencia y su tarea profesional.

Hacía culto de su amistad con Elías Beszkin, sostenía “uno es compañero de muchos y amigos de pocos” y agregaba “tengo un amigo, Elías Beszkin,” con el compartió barrio, amistades, ideales humanista profesión y proyecto Ateneo.

A ese amigo le dedicó encendidas palabras de cariño y respeto en oportunidad de imponer el nombre de “Elías Beszkin a la Clínica del Círculo Odontológico de Posadas, Misiones”.

También fue un tipo muy divertido, lleno de ocurrencias. Hace muchísimos años, en un Congreso de las Disgnasias, que se desarrolló en el Casino San Rafael de Punta del Este, logro revertir el clima académico y ceremonioso, con inspiradas veladas musicales y desfile de disfraces, no festejábamos Halloween, festejábamos nuestra tarea y haberla culminado con éxito. Eran los primeros pasos del Ateneo en la organización de Congresos y Jornadas. El Ateneo y nosotros éramos muy jóvenes.

Su impronta profesional quedó marcada en “la Clínica de Ortopedia de los días miércoles” que dirigió por años, siempre valoró la actividad docente-asistencial como lugar de aprendizaje y compromiso institucional.

Gustaba del teatro, del tango, de la lectura, de la política, del cine, placer que siempre busco compartir, programó las actividades culturales del ateneo, desde siempre fue convocado para su implementación.

Acercó el pensamiento de brillantes intelectuales a nuestra casa. Recuerdo la brillante disertación de Jorge Alberto Sábato sobre: “Pensamiento latinoamericano en ciencia, tecnología y desarrollo”, las conferencias del prestigioso epistemólogo y filósofo, Gregorio Klimosky sobre “El origen y la finalidad del conocimiento científico” y el curso de literatura de David Viñas.

A Jaime le agradezco por acercar la música a nuestra casa nos acercó a compositores y cantantes, con los ciclos de folklore, “Las voces blancas” y tango el compositor Héctor Negro. El ciclo de charlas de Marcelo Arce, de “apreciación y divulgación musical”, todos cantamos.

Quiero pensar que debemos recordarlo como “hombre impulsor de la cultura”, creyó y compartió su visión de las artes en todo espacio educativo.





NORMAS PARA AUTORES

Los trabajos que quieran ser considerados por el Comité de Redacción, deberán presentar las siguientes pautas:

1. Artículos originales que aporten nuevas experiencias clínicas y/o investigaciones odontológicas.
2. Artículos de actualización bibliográfica sobre temas puntuales y que comprendan una revisión de la literatura dental desde un punto de vista científico, crítico y objetivo.
3. Casos clínicos que sean poco frecuentes y/o que aporten nuevos conceptos terapéuticos que sean útiles para la práctica odontológica.
4. Versiones secundarias de artículos publicados internacionalmente y que sean de actualidad y/o novedad científica, técnica de administración de salud, etc. Al pie de página inicial se deberá indicar a los lectores su origen, por ejemplo: "Este trabajo se basa en un estudio de...publicado en la revista..." (Referencia completa).
5. Correo de lectores. En este espacio el lector podrá exponer opiniones personales sobre artículos publicados u otros temas de interés. Para el caso de trabajos publicados, el autor –u otros– tendrá su derecho a replica.
6. Noticias institucionales y generales que refieran a la odontología, su enseñanza, su práctica y comentarios de libros.
7. Agenda nacional e internacional de congresos, jornadas, seminarios que expresen la actividad de la profesión.
8. La presentación y la estructura de los trabajos a publicar, deberá ser la siguiente:
 1. Los trabajos deben enviarse por mail a: ateneo@ateneo-odontologia.org.ar
 2. La primera página incluirá:
 - a. Título
 - b. Autor(es), con nombre y apellido. Luego, deberá agregarse información académica sobre el profesional. En caso que los autores sean más de uno, podrá colocarse un asterisco a continuación del nombre del autor correspondiente.
 - c. El trabajo se iniciará con un resumen y palabras clave. A continuación, incluir su traducción en inglés, abstract y keywords. El resumen debe llevar un máximo de 200 palabras y comunicar el propósito del artículo, su desarrollo y las principales conclusiones. Se requiere que la cantidad de palabras clave sean entre 3 y 10. Ellas sirven para ayudar al servicio de documentación a hacer la indexación del artículo, para la posterior recuperación de la información. Las mismas deben ser tomadas del thesaurus en Ciencias de la Salud, DeCS.
 - d. Posteriormente se incluirá el trabajo, numerándose las páginas.
 3. Las referencias bibliográficas se señalarán en el texto con el número según la bibliografía. Se ubicarán al lado del autor o la cita que corresponda. Por ejemplo: "Petrovic dice..." o "...la ubicación de los caninos según la teoría expuesta..." La bibliografía debe ser enumerada de acuerdo al orden de aparición en el texto y de la siguiente manera:
 - e. Autor(es). En mayúsculas, apellido e iniciales.
 - f. Título. En cursiva, sí es un libro. Entre comillas, sí es un artículo
 - g. Fuente.
 1. Libro: Ciudad, editorial y año de edición, páginas.
 2. Publicación en revista: Título de revista, volumen, páginas, mes y año.
 Ejemplo:
 1. KRUGER, G. *Cirugía Buco-Maxilo-Facial*, 5° ed., Buenos Aires, Panamericana, 1982.
 2. GRIFFITHS R. H., "Report of the president's conference on the examination, diagnosis and management of temporomandibular disorders", *Am. J. Orthod*, 35: 514-517; June 1983.
 4. La remisión a las figuras se incluirá en el texto. Por ejemplo: "El estudio cefalométrico demuestra (fig. 3)..."
 5. Las imágenes digitales deben tener 300 dpi de resolución. Las fotografías se presentaran en papel y por e-mail. No se admitirán diapositivas.
 6. Al final del artículo, el autor debe agregar una dirección de correo electrónico.
9. Proceso editorial. Los artículos serán examinados por el director y el Consejo Editorial. La valoración de los revisores seguirá un protocolo y será anónima. En caso que el artículo necesitara correcciones, el autor(es) deberá remitirlo a la revista antes de 15 días corridos de recibir el mismo.
10. La corrección de texto e imagen, antes de entrar en prensa, deberá ser aprobada por los autores.

Los artículos para el próximo número serán recibidos entre febrero y marzo de 2020.



Ateneo Argentino
de Odontología

RAAO.

Revista del Ateneo Argentino de Odontología

RAAO - VOL. LXI - NÚM. 2 - NOVIEMBRE DE 2019

UNIDAD OPERATIVA DE LA
UNIVERSIDAD
FAVALORO

DIRECCIÓN:
ANCHORENA 1176
(C1425 ELB) C.A.B.A.

ISSN: 0326.3827

