

Disto posición Mandibular: “Características Morfofuncionales”

- Maria H. Bedani Esperante
- Carolina I. Esperante Bedani

○ Odontóloga
Especialista en
Ortodoncia y Ortopedia Funcional
de los Maxilares.
AAOFM. Bs.As. Argentina.

- Odontóloga
General.
Málaga. España

Resumen

*Se presentan los signos patognomónicos que desarrollaran una supraoclusion patológica con retrognatia mandibular.
La necesidad del diagnostico precoz en edades tempranas para evitar la instalación de patologías severas de clase II.*

Summary

*We present the patognomonic signs that developed a pathologic
with mandibular retrognatia.
The need of a premature diagnostic at early ages to avoid the installation
of a severe pathologic class II.*

Key Words: Disto posición- Sobremordida- Oportunidad del Tratamiento-T.E.N.S .

Introducción

Tanto la mordida cubierta como la disto posición mandibular son fuertes indicadores para el tratamiento temprano.

El redireccionamiento del crecimiento, la reposición mandibular y el remodelaje condilo-articular es de urgente demanda.

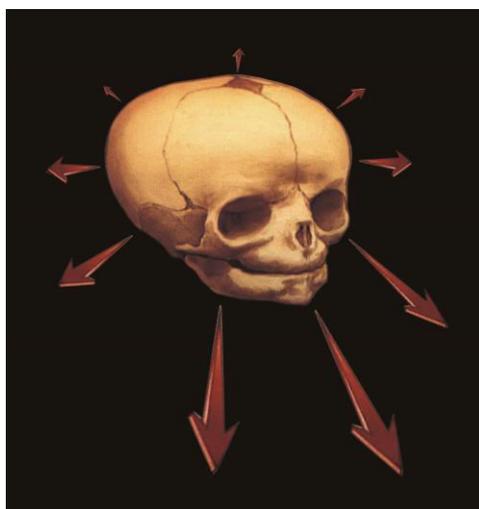


Fig.1

La disfunción temporomandibular es una expresión clínica que se manifestara en breve y se deberá tener en cuenta ese pronostico para actuar lo mas tempranamente posible. (1)

En la clasificación de las disgnasias suele haber discrepancia de criterio en cuanto a terminología.

Por un lado la clásica clasificación de Angle, la cual es reconocida universalmente: Y por el otro la clasificación Ortopédico- Funcional, la cual tiene en cuenta la posición de los maxilares y su relación en el espacio.

Genética - Funcional.

La Disgnasia puede presentarse en dos formar:(2)

✓ Genética o Estructural: Donde la hipodivergencia de bases es muy evidente. Los incisivos superiores aparecen sin cingulum anatómicamente constituido y su dirección es perpendicular a las bases óseas.

✓ Funcional o Adquirida: Con disto posición mandibular. Los incisivos pueden estar en vestibulo-posición. Fuerte musculatura masticatoria.

Oportunidad del Tratamiento.

El termino precoz según el diccionario de la lengua española es aquello que se produce antes del tiempo esperado. Nosotros procederemos a nuestro plan de tratamiento ante el primer signo de disgnasia detectado. Y para ello debemos conocer los signos y síntomas que derivaran de este síndrome. (3)

“Características detectables de esta biotipología en dentición temporaria”

1) Escalón distal en los últimos molares temporarios de la arcada.

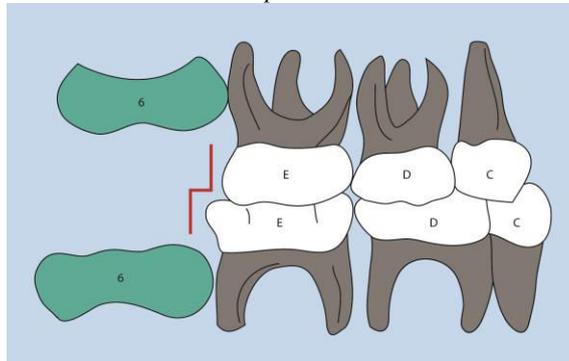


Fig.2

2) Mordida en caja.



Fig.3

3) *Incisivos temporarios superiores en palatoversion.*



Fig.4

Caso Clínico

Tercio medio de la cara disminuido en su dimensión vertical.

Mandíbula retraída, sobre mordida alveolo dentaria, surco labio geniano marcado.



Fig.5

En todos los casos donde se presenta esta patología, sistemáticamente se toma la mordida de trabajo fisiológica.

Se desprograma mediante el T.E.N.S y se consigue la ubicación del (4) condilo en la cavidad glenoidea con el máximo de equilibrio entre la musculatura de elevación y de apertura. (Balance muscular de elevadores y depresores).



Fig.6

En la mayoría de los casos los pacientes presentan algún tipo de manifestación de disfunción temporomandibular como:

- Ruidos
- Limitación de la Apertura Bucal
- Apertura en S itálica.

Características Morfofuncionales: Tiene implicaciones musculares, esqueléticas, dentoalveolares...

Signos Musculares.

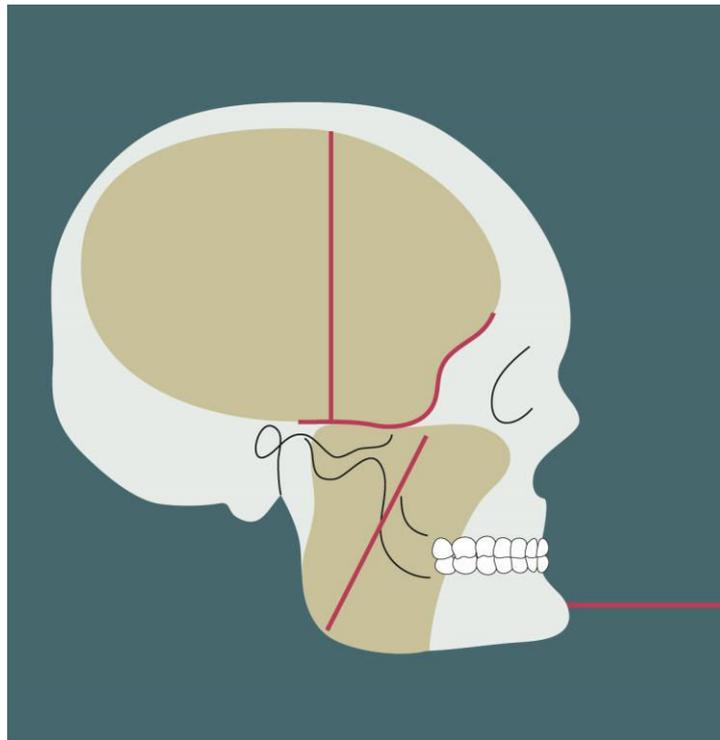


Fig.7

- Elevadores en Hipertonacidad.
- Gran Actividad del Temporal Posterior.
- Desequilibrio Labio – Lingual.
- Hiperactividad de Paramentonianos.
- Maseteros y Pterigoideos Internos más desarrollados.
- Temporales Posteriores Retropulsores más activos.
- Prominencia Mentoniana.
- Rotación Mandibular Anterior.
- Insuficiente Tracción Suprahoidea. (5)
- Remodelaje del Punto B.

Signos Esqueletales.

La gran tracción de los elevadores limita el desarrollo del tercio inferior de la cara. De la región posterior dento-alveolar liberando a su vez al condilo y a la rama.

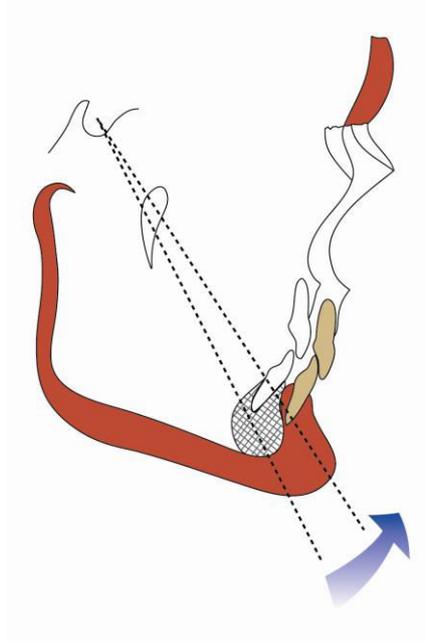


Fig.8

Características Faciales.

Ancho Bicigomático aumentado, importante desarrollo de la cara asociada a un desarrollo normal del Maxilar Inferior.



Fig.9

Postura Lingual.

La lengua está alta y distalizada, adosada al velo. Esta lengua interfiere la erupción de los dientes posteriores limitando su agresión.

Hay disto posición lingual lateral de la lengua en deglución. (6)

Repercusiones Articulares.

La supraoclusion profunda obliga una trayectoria de cierre con retrusion forzada.

Lo que comprime al paquete vasculo-nervioso de la zona bilaminar. Esta compresión genera isquemia-dolor-disfunción de la ATM.

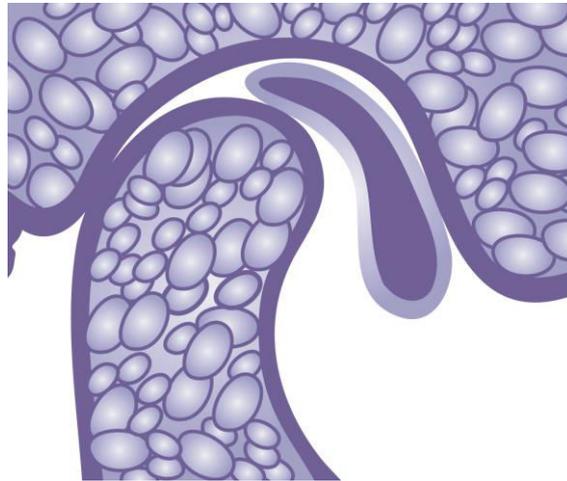


Fig10

Supraoclusion Incisiva: *Hay agresión mecánica que repercute en la organización periodontal.*

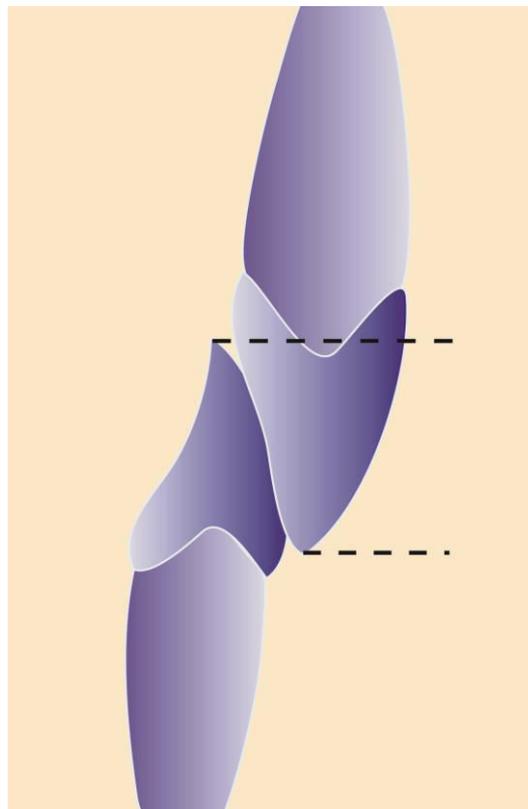


Fig.11

Forma de la Arcada: *Bien desarrollada en el sector posterior y aplanada en el anterior.*



Fig.12 a - b

Acentuada Curva de Spee:

La egresión incisiva mas la fuerte presión oclusal generada por la hiperactividad de los elevadores limita el desarrollo vertical.

Se interpone la lengua.

Caso Clínico:



Fig-13:Foto inicial dentición temporaria



Fig-14:Perfil dentición temporaria



Fig-15:Boca de frente (5 años)



Fig-16:Incisivos inferiores desalineados



Fig-17: Perfil de boca (5 años)



Fig-18: Estado intermedio, dentición mixta levemente oclusal



Fig-19: Perfil, dentición mixta



Fig-20: Postura de frente

Fig-21: Postura de perfil

Fig-22: Postura de espalda



Fig-23:Frente y Perfil (Control a los 12 años)



Fig-24:Boca de frente (12 años)

Fig-25: Boca de perfil (12 años)



Fig-26: Tele inicial

Fig-27: Tele final

Conclusión.

No solo hallamos la neutroclusión "Clase I" y la guía incisiva y canina en términos oclusionistas, sino que armonizamos el sistema, equilibrando los músculos.

Trabajando en sentido holístico y transdisciplinario.

Lo obtenido no necesita contención porque la estabilidad l funcional lograda, nos garantizara la ausencia de recidiva. .

Correspondencia:

Plaza San Juan nº15 Bajo, Pueblo López. 29640 Fuengirola- Málaga

Tel. /Fax 952473423

www.clinicaesperantebedani.com

mariabedani@yahoo.com.ar

ciespe16@gmail.com

Bibliografía.

1. Isberg Annika. Temporomandibular Joint Dysfunction, a practitioner's guide. The Livery House. 7-9 Pratt. Street. London N.W. 1 O.A.E.
2. Tual- Pierre. Le Caractere familial de la clase II, división 2. Preuves cliniques. Rev. Orthop. Dento Faciale. 1974, 8, 59-66.
3. Maria. H. Bedani Esperante. Enfoque oportuno de tratamiento en edades tempranas. Rev. Asociación Argentina de Ortopedia Funcional de los Maxilares, 60-70, 1992, pp. 89-97.
4. Mar'a H. Bedani Esperante. Mordida constructiva en Ortopedia Funcional de los Maxilares. Gaceta Dental, n.º 144, 2004.
5. A. Cauhepe, J. Coutand A. Supraclusie et comportement musculaire. Orthod. Fr 1956, 27, 207-13.
6. Soulet A. Etude de la Deglutition dysfonctionnelle relation entre les muscles de l'équilibre vertical et la sangle peripherique. These Doct-Sci Odontol.Paris VII, 1987.