

NOMBRE: EVA LUCIANA GASTELU RAMOS**EDAD:** 7 años**Referencia:** Dra. Motta**Sexo:** Femenino.**Procedencia:** Lima**Motivo de la Consulta o Derivación:** Injerto Alveolar.**I. PILAR I: CUERPO**

- Sistémico:
 - o Hiperlaxitud
 - o 1 riñón ectópico en 35 % de función. Control por Nefrología hace 2 meses.
- Postura:
 - o Anomalía Postural Sagital por rotación anterior de la cabeza.
- Crecimiento: pendiente
 - o Apicoformación 2da molar pendiente.
 - o Vértebras cervicales: iniciando CS2
- Psico Emocional: Motivación Interna - Externa

II. PILAR II: CERVICAL

- Ausencia de Sensibilidad en los músculos cervicales.
- Movimiento cervicales conservados.
- TCCB Cervical:
 - o Rotación de vértebras cervicales C1 a C4 en relación al plano facial (cornea).
 - o Curvatura cervical: lordosis.
 - o Espacio suboccipital abierto.

III. PILAR III: VIA AEREA

- o Duerme bien: si
- o Ronquido: no
- o Hipersomnolencia diurna clínica: no
- o Escala de Epworth: an
- o Mallampati Modificado: Clase I
- o Amígdalas: II - III
- o Longitud de paladar blando: paladar normal
- o Redundancia de tejidos blandos:
- o IMC:
- o TCCB:
 - Estrechez de vía Area:
 - Espacio Nasal:
 - o Normal
 - o Ausencia de Adenoides
 - Espacio retro Palatal: reducción leve sagital
 - Espacio Retro Glosal: normal
 - Espacio Hipofaríngeo: reducción leve sagital
- o Factor de Riesgo: no

IV. PILAR IV: EJE DE BISAGRA Y ARCO DE CIERRE

ARCO DE CIERRE (Musculatura Masticatoria):

- Ausencia de Incoordinación Muscular.
- Ausencia de sensibilidad en los músculos masticatorios.
- Ausencia de parafunción en músculos masticatorios
- Competencia labial funcional

EJE DE BISAGRA - ATM

- **Con Discrepancia Sagital MIC : RC**
- Leve Canteo del Plano Oclusal Mandibular
- Hiperdivergencia Maxilar Mandibular
- ATM derecha:
 - Ruido: hipermóvil
 - Mapa del dolor: 0
 - Motilidad en lateralidad: 87 mm
 - TCCB:
 - Cavity glenoidea posicionada más inferior en relación a la cavity glenoidea contralateral (por predisposición de base craneal)
 - Ante posición condílea en relación a su fosa.
 - Preserva su volumen condilar en comparación al lado contralateral.
 - Reducción su espacio articular.
 - Presencia de la corticalización condilar
- ATM izquierda:
 - Ruido Articular: NO click recíproco
 - Mapa del dolor: 0 5
 - Motilidad en lateralidad: 9 mm
 - TCCB:
 - Cavity glenoidea posicionada más superior en relación a la cavity glenoidea contralateral (por predisposición de base craneal)
 - Ante posición condílea en relación a su fosa.
 - Preserva su volumen condilar en comparación al lado contralateral.
 - Reducción de su espacio articular.
 - Presencia de la corticalización condilar
- Mordida:
 - Anterior: alienada, cruzada en MIC, borde a borde en RC tentativa.
 - Derecha: Cruzada, Mesio Relación
 - Izquierda: Cruzada, Mesio Relación

V. PILAR V: DIENTES (Elemento I de Andrews)

ARCADA SUPERIOR:

- Fisura Alveolar Bilateral severa secuela de Labio y Paladara Hendido. Maxilar en tres fragmentos (premaxilar retroinclinada, maxilar derecho e izquierdo)
- Plano Oclusal Marca:
 - Bisectriz entre Molar - Premolar y Molar - Incisivo

- Discrepancia Central : mm
- Retro Inclinação de los ántero superiores.
- Inclinação de Molares y Premolares
 - Derecha: Normo
 - Izquierda: Normo
- Curva de Spee:
 - Derecha: invertida
 - Izquierda: invertida
- Elemento III Andrews: (colocando los modelos en ventaja)
 - ANTERIOR: Norma transversal.
 - POSTERIOR: Norma transversal.
- Alteraciones Internas:
 - Dentición mixta
 - Agenesia de 12, 21.
 - Persistencia de 61 entre 11 y 22. Supernumerario retenido a mesial de germen de 23 y 24.
 - Leve Rotación dentoalveolar ocasionada por las agenesias

ARCADA INFERIOR:

- Dentición mixta
- Plano Oclusal Marca:
 - Molar - Incisivo
- Discrepancia Central : mm
- Retro Inclinação de los ántero inferiores.
- Inclinação de Molares y Premolares
 - Derecha: Normo
 - Izquierda: Normo
- Curva de Spee:
 - Derecha: norma
 - Izquierda: norma
- Elemento III Andrews:
 - ANTERIOR: Norma transversal.
 - POSTERIOR: Norma transversal.
- Alteraciones Internas:

VI. ARMONIA FACIAL

- Patrón tendencia a mesofacial.
- Simetría facial (tomando en cuenta el marco referencial - Mitad Intercantal y Vertical Verdadera).
 - Alineación de su dorso nasal, punta nasal, filtrum.
 - Alineación de su línea media dentaria superior. Alineación de la inferior.
 - Alineación de su línea media mentoniana.
 - Leve Canteo Comisural, leve canteo dento alveolar mandibular.
- Perfil total: recto
- Perfil Tercio Inferior: recto
- Desbalance entre su tercio medio y el tercio facial inferior.
- Desbalance en su tercio facial inferior debido a:
 - Maloclusión
 - Labio superior corto secuela de FLAP.
- Tercio Medio:
 - Infraorbital: normo proyección .
 - Malar: normo proyección

- Maxilar: (estudiado en asistida, simulando haber corregido el problema postural)
 - Normo proyección Sagital de la Basal Maxilar (con respecto a la frente).
 - Leve Retrusión sagital Dento Alveolar Maxilar (con respecto a la frente).
 - Hiper divergencia Maxilar
 - Maxilar con rotación dentoalveolar
 - Maxilar con rotación esquelética por predisposición de base craneal.
- Mandíbula: (estudiado en asistida, simulando haber corregido el problema postural y RC tentativa)
 - Normoposición Dento Alveolar Sagital (con respecto a la frente). Si se estudia en MIC muestra una protusión mandibular pero es postural y debe ser atendida.
 - Normo divergencia del plano oclusal Mandibular.
 - Normo divergencia del plano Mandibular.
 - Leve Canteo dento alveolar.
- Mentón:
 - Normoposición (con respecto a la frente) .

PLAN DE TRATAMIENTO:

Requiere tratamiento orto - quirúrgico:

Sugerencias:

1. Terapia Física: para el control de la postura (rotación anterior de la cabeza).
2. Es importante anteinclinarse los incisivos ántero superiores y la premaxila para eliminar el contacto prematuro (entre 11 - 41) que provoca una discrepancia MIC:RC por deslizamiento de la mandíbula para ocluir. Este deslizamiento mandibular viene afectando el posicionamiento de los cóndilos mandibulares en relación a su cavidad glenoidea, éste factor junto a la discrepancia MIC:RC pueden lastimar sus ATM tempranamente.
3. De corregirse la posición e inclinación de los incisivos y premaxila, mostraría la retrusión del hemimaxilar derecho e izquierdo con un incremento de sus fisuras alveolares (severa), para lo cual sugerimos una placa palatina que por lo pronto le permita su alimentación. Sugerimos la siguiente propuesta orto quirúrgica.
4. Para el cierre de las fisura alveolar severa derecha e izquierda se planifica dos alternativas:
 - **ALTERNATIVA A:**
 - Distracción alveolar con aparato dento soportado (Hyrax invertido en sentido sagital).
 - La osteotomía se realizaría a mesial de la 16 y 26.
 - Se requeriría que la 14, 15, 24, 25 estén en boca para que junto a la 16 y 26 soporten el aparato (bandas)
 - Se requeriría que los gérmenes de la 13 y 23 desciendan un poco más para que la osteotomía no sea alta.
 - El tratamiento consistiría en mesializar (distracción alveolar de transporte) el segmento dentoalveolar derecho (15, 14, 13) e izquierdo (25, 24, 23, supernumerario) hasta que contacte con la

premaxila que anteriormente fue posicionada con ortodoncia - ortopedia.

- A tres meses de haber logrado este objetivo:
 - Se retiraría el Hyrax invertido.
 - Se ganaría una espacio a mesial de la 16 y 26 que serviría para posicionar los dientes.
 - Se cerraría las fisuras alveolares por mesialización de fragmentos derecho e izquierdo pero será necesario la colocación de injerto que para ese momento la procedencia sería de mentón + Hueso aloplástico.

○ **ALTERNATIVA B:**

- Distracción maxilar con aparato óseo soportado derecho e izquierdo.
- Requeriría una osteotomía Lefort I que junto al aparato óseo soportado avance la hemimaxila derecha e izquierda hasta que contacte con la premaxila.
- Para este procedimiento se requerirá que los caninos desciendan un poco más en su posición para reducir la altura de la osteotomía Lefort. Así mismo que los gérmenes de la 17 y 27 desciendan un poco más.
- No resultaría indispensable que los premolares estén en boca a diferencia de la opción anterior.
- Requiere que la premaxila esté en su posición corregida para evitar más cirugías en el maxilar en el futuro. La magnitud de la cirugía (distracción osteogénica del maxilar a expensas de una Lefort I) hace que sea la cirugía definitiva para el posicionamiento del maxilar.
- Una vez que los maxilares derecho e izquierdo contacten con la premaxila, a 3 meses se planificaría retirar el aparato y simultáneamente colocar un injerto óseo alveolar (mentón + hueso aloplástico)

5. Vigilar el crecimiento mandibular.

6. Mantener el ancho transversal del maxilar.

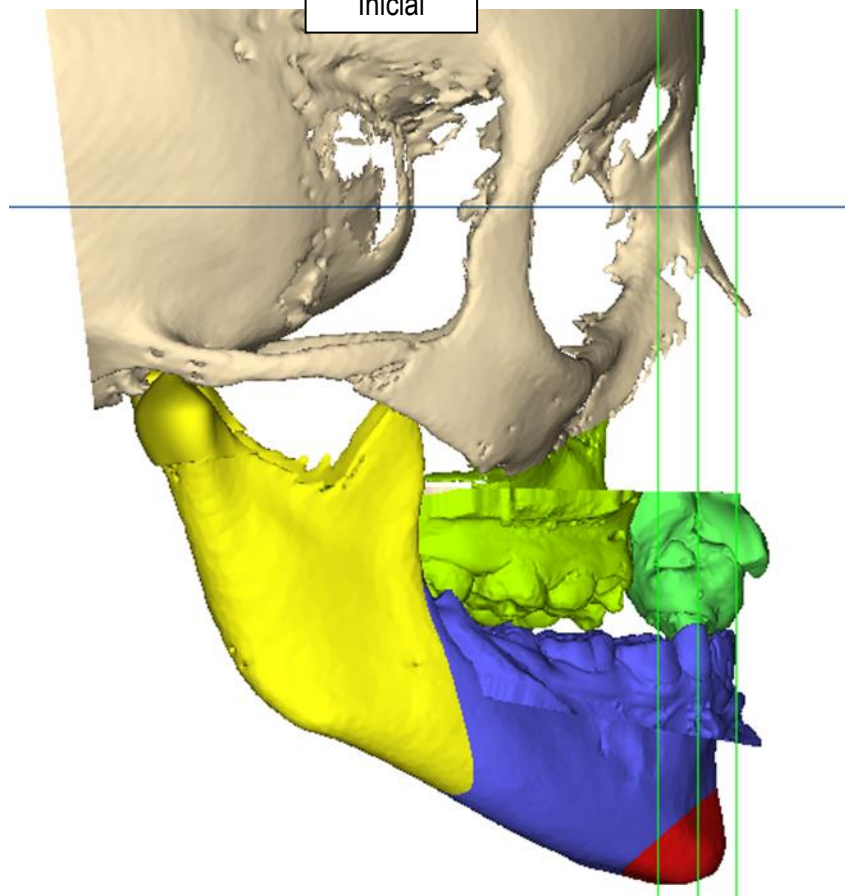
7. Como aún estamos a la espera de cierto descenso de gérmenes, evaluar la posibilidad de apoyar transitoriamente una máscara de protracción hasta el momento de la cirugía (protracción del maxilar + preservar el ancho maxilar), esto podría reducir un poco la magnitud de la cirugía, mas no evitarla.

Agradecido de antemano por la consulta.

Dr. Carlos Estrada Vitorino
Cirujano Máxilofacial UPCH
Cirugía Ortognática U-Chile

08/07/2021

Inicial



Superposición

