

Caso Clínico: Discrepancia alveolodentaria severa en incisivos inferiores con trauma oclusal y recesión gingival

* Mariela Chan Valverde

Resumen: Se presenta el caso de un paciente Clase II esquelética con severa discrepancia alveolodentaria en los incisivos inferiores. Esto ha provocado problemas gingivales como recesiones, las cuales se agravan por el trauma oclusal. Se describe la implicación de estos problemas y como se van a corregir ortodónticamente.

Descriptores: recesiones gingivales / apiñamiento/ trauma oclusal

Abstract: A case of class II skeletal patient with severe crowding in lower and anterior teeth is introduced. These conditions have been source of gingival problems, such as recessions, which have worsened due to occlusal trauma. The following paper will provide a description of the both the implications of these conditions as well as their orthodontical solution.

Key Words

gingival recessions / crowding /occlusal trauma

I. Introducción

El concepto actual de la etiología de las maloclusiones es totalmente distinto a lo que se pensaba a principios de siglo, ya que se creía que cada individuo nacía con un potencial para alcanzar una dentición perfectamente en oclusión.

En la actualidad se considera que en la mayoría de los casos las maloclusiones resultan de una de las siguientes situaciones: una discrepancia relativa en el tamaño de los dientes y de los huesos, o una falta en el

desarrollo de las bases óseas maxilares.¹ También se deben de tomar en cuenta los factores ambientales y la carga genética, pues éstos expresan la morfología de la oclusión.

Por lo tanto las discrepancias oseodentarias y esqueléticas son tan frecuentes que es complicado determinar con exactitud las causas de los desórdenes de maloclusión, debido a los múltiples factores ambientales.

Es así, como cualquier condición patológica que afecte el desarrollo de los maxilares, un trauma o afección, repercutirá en el esqueleto produciendo una maloclusión.

El trauma oclusal es una forma de patología periodontal inducida por presiones anormales que resulta de fuerzas de desplazamiento aplicadas a los dientes, sean éstas normales (equilibradas) o con interferencias que agravan la situación.² Si el trauma es suficiente puede producir una lesión en el ligamento periodontal. El desplazamiento dental también puede ser por fuerzas ortodónticas o por traumatismo físico.

Uno de los problemas periodontales que se observa con mayor frecuencia en los pacientes con discrepancias alveolodentarias es la recesión gingival, en la cual se da un pérdida más o menos extensa de tejido marginal gingival. Su etiología responde a factores y mecanismos diversos, y se considera un signo clínico más que una entidad patológica definida. El factor

* Residente del Post-Grado de Ortodoncia y Ortopedia Funcional, ULACIT

predisponerte fundamental es la malposición dentaria, siendo capaz de producir una tabla ósea y encía delgados. El cepillado excesivo-traumático es otro factor, así como la laceración traumática, y una inflamación recurrente.

Los procedimientos ortodóncicos en el adulto no difieren de los usados en el niño u adolescente, y teóricamente no hay razón que dificulte el movimiento dental, sin embargo en la práctica, hay situaciones clínicas que dificultan el tratamiento más allá de los 16 o 17 años.

Por lo tanto es necesario individualizar el tratamiento ortodóncico en el adulto, ya que existe una extensa variabilidad en la condición oclusal tanto por la posible pérdida de piezas como por la situación periodontal o articular del paciente.

Caso Clínico

Paciente masculino de 28 años se presenta a la Clínica de Especialidades Odontológicas de la Ulacit, específicamente a la Especialidad de Ortodoncia porque deseaba “arreglarse los dientes”. En la historia clínica no refiere antecedentes patológicos sistémicos. Clínicamente se detecta una gingivitis generalizada y recesiones gingivales en las piezas: 3.1 (vestibular), en 4.2 (lingual) y en 4.3 (vestibular), y un apiñamiento inferior que se cuantifica en -7 mm.



Fotografía frente intraoral

Al examen radiográfico no hay patologías óseas y la relación corona raíz es normal. Hay presencia de terceros molares y el cóndilo derecho se muestra más delgado que el izquierdo.



radiografía panorámica inicial

Al examen oclusal se observan facetas de desgaste en piezas posteriores (superior e inferior). En movimientos protrusivos se observa una guía anterior correcta, y existe desoclusión canina del lado izquierdo, no así en el derecho. También se observa una sobremordida horizontal de aproximadamente 4mm y la presencia de la pieza (4.2) con mordida cruzada. Se realizan los procedimientos de rigor para complementar el diagnóstico, como lo son los modelos de estudio, fotos, y trazados cefalométricos.

Una vez realizado el estudio clínico y radiológico se determinó que es un paciente Clase II esquelética con severa discrepancia alveolodentaria inferior, aunado a problemas gingivales y recesiones que también se han agravado por el traumatismo oclusal y la malposición dentaria.

El plan de tratamiento para este caso se planteó de la siguiente forma: exodoncias de segundos premolares superiores, exodoncia de 3.1 y 4.2, alineamiento, nivelado, valoración periodontal (frecuente), valoración quirúrgica

Discusión

La oclusión hace referencia a las relaciones que se establecen al poner las arcadas dentarias en contacto. A su vez, la maloclusión se concibe actualmente como la protagonista del tratamiento ortodóncico. En el análisis de la oclusión también se debe implicar cualquier relación de contacto entre los dientes, tales como, relaciones de protrusión, en lateralidad o céntrica.

Así pues, si la oclusión habitual no coincide con la oclusión céntrica, dentro de ciertos límites, se puede hablar de maloclusión funcional, ya que es sistema está alterado.

Al analizar la oclusión del caso vemos que las relaciones molares son de Clase II (derecha) y Clase I (izquierda). Del lado derecho la relación canina es Clase II y en la misma hay ausencia de guía canina, del lado izquierdo los caninos están en Clase II y si hay guía canina, y por lo tanto una buena desoclusión posterior. Presenta una sobremordida horizontal de 4mm. La curva de Spee es leve. Hay una pieza en mordida cruzada 4.2 y en las piezas posteriores hay facetas de desgaste.



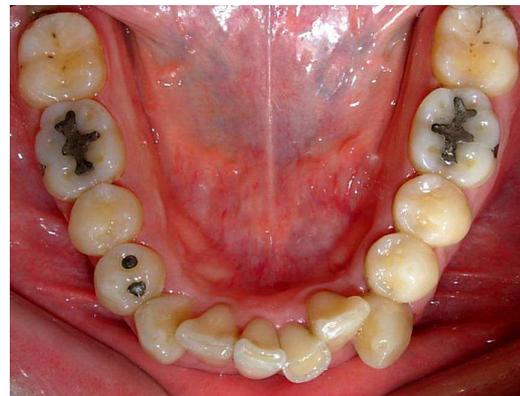
Vista lateral derecha



Vista lateral izquierda

Luego del análisis de la oclusión está claro que el apiñamiento y la malposición han

afectado a todo el sistema masticatorio y la autoestima del paciente. Por la misma situación se presentan afecciones gingivales que incluso están comprometiendo la permanencia de algunas piezas, ya que el malfuncionamiento oclusal ha producido la pérdida de soporte periodontal en ciertas piezas. También la falta de una correcta desoclusión posterior aunado a bruxismo ha provocado facetas de desgaste en piezas posteriores a tal grado que en ocasiones a dado síntomas de hipersensibilidad. Las recesiones gingivales se han acentuado por la mal posición e incorrecto contacto entre antagonistas. El severo apiñamiento antero inferior agrava la acumulación de placa y cálculo, además de una deficiente higiene. También es claro que la discrepancia esquelética y oclusal afectan la posición de los tejido blandos, en donde hay una marcada incompetencia labial con asimetría facial.



vista oclusal inferior

Comentarios finales

Es indiscutible que cada vez más adultos con problemas dentales complejos buscan tratamiento de ortodoncia. El tratamiento en adultos con interacciones periodontales y oclusales requiere soluciones integrales que mejoren su maloclusión.

Cuando se planifica un tratamiento de ortodoncia es imprescindible la valoración de los tejidos blandos. Es importante establecer si el complejo gingival y mucoso va a permitir el mantenimiento de la salud gingival antes, durante y después del tratamiento.

En los casos en los que la recesión gingival está presente antes del tratamiento, existe un riesgo real de pérdida de inserción progresiva, por lo que el mantenimiento de estas piezas a largo plazo puede comprometer la estabilidad del tratamiento, y puede ser necesaria la exodoncia de las mismas como en este caso.

Los pacientes con problemas periodontales requieren de controles de higiene y placa periódicos.

Bibliografía

1. Carasol M; Varela M. **Ortodoncia Interdisciplinaria**, Editorial Océano, 2005, págs 134-139.
2. Canut, J.A. **Ortodoncia clínica y terapéutica**, Editorial Masson, págs 146, 205, 208.
3. Luna J, Lavigne G et al. Quintessence Publishing Co. **Orofacial Pain**, pág 214.