

CASO CLÍNICO



POSICIÓN LINGUAL BAJA

POSICIÓN LINGUAL BAJA ASOCIADA CON EL APIÑAMIENTO DENTAL: REPORTE DE UN CASO

PABLO KEHYAIAN, DIANA PEREIRA, MARCELO PRADOS, CONSTANZA CUADRADO, MARIA CELESTE MASCIARELLI, PAULA LONSO

RESÚMEN

El crecimiento y desarrollo óseo está estrechamente relacionado con la función de los tejidos blandos. La función lingual contribuye con el crecimiento óseo por su empuje hacia afuera, el cual a su vez es contrarrestado con la función de los músculos bucales. Al presentarse un desequilibrio en estas fuerzas musculares pueden generarse alteraciones de la posición dental como el apiñamiento anterior y compresión de los sectores laterales.¹

Se presenta el caso de un paciente clase I molar y canina acompañada de apiñamiento anterior relacionado a la presencia de un frenillo lingual corto. El propósito de este reporte es destacar la importancia de un abordaje interdisciplinario en la corrección del apiñamiento dental obteniendo resultados estables a lo largo del tiempo.

INTRODUCCIÓN

Una alteración en el frenillo lingual como es el caso de un acortamiento del mismo o la presencia de anquiloglosia modifica la movilidad y posición lingual, esto influye en el total de las funciones del sistema estomatognático. Es por esto que se considera importante que los profesionales de la salud estén atentos en el proceso de evaluación para realizar un correcto diagnóstico y tratamiento oportuno de la alteración.¹

La etiología de la alteración del frenillo lingual es aún desconocida, aunque en la bibliografía se ve asociada a factores de riesgo como ser hombre (6:1) y el historial familiar. El rango de prevalencia varía entre 0.1 a 10.7% de la población mundial. El frenillo lingual corto genera una alteración de la movilidad lingual comprometiendo funciones como la alimentación durante la lactancia materna, masticación y deglución en etapas posteriores, asociado frecuentemente a problemas del sistema digestivo. A su vez se ve asociado a dificultades en el habla interfiriendo en las

habilidades sociales y a cambios en la posición dental.¹⁻³

Srinivasan et al.⁴ determinaron que la incapacidad de la lengua para dirigirse hacia arriba, que en condiciones regulares permite desarrollar un ancho normal del paladar duro, resulta en una actividad del músculo buccinador sin restricciones, que se manifiesta con la constricción del arco maxilar y por tanto la reducción de los anchos intermolar e intercanino maxilares, además de una disminución del ancho intercanino mandibular que se relaciona con la fuerza de tracción del frenillo lingual corto y resulta en la constricción de la región anterior mandibular. Es así que, el apiñamiento dental anterior se explica por la constricción ósea tanto maxilar como mandibular.⁵

El apiñamiento dental es una condición muy común entre los pacientes que acuden a la consulta ya sea por causas estéticas o funcionales, es por esto que debemos tener en cuenta a la hora de su tratamiento las causas relacionadas a su aparición.⁵⁻¹⁰

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 32 años de edad se presenta a la consulta por presencia de apiñamiento anteroinferior.

EVALUACIÓN FACIAL



Fig. 1 Foto de frente inicial



Fig. 2 Foto de perfil

Paciente con perfil recto con sonrisa media y asimétrica.

Tercios faciales simétricos. Patrón mesofacial.



En la ortopantomografía observamos la presencia de terceros molares 18,28,38 y 48 eruptivos y senos maxilares neumáticos.

Fig. 3 Ortopantomografía inicial



En la telerradiografía observamos ángulo mandibular abierto según Ricketts (28°), ligera proinclinación de incisivos superior (30°) e inferior (33°), y ligera extrusión del sector anteroinferior (3.5 mm).

Fig. 4 Telerradiografía de Perfil inicial

EVALUACIÓN DE LAS ARCADAS

El paciente presenta clase I molar y canina bilateral. Ligera compresión dentoalveolar en maxilar superior, presencia de apiñamiento inferior.

Presencia de diastemas entre piezas 16 – 17 y 23-24. Arcada superior e inferior con forma oval.

Resalte y sobremordida aumentados. Curva de Spee alterada. Línea media dentaria inferior desviada a la izquierda.



Fig. 5 Fotografías intraorales iniciales



El tratamiento se planifica con alineadores (SecretAligner) realizando corrección de la alineación de los sectores anteriores con un objetivo estético manteniendo la oclusión posterior estable.

En el visor dinámico se ha planificado ligera expansión acompañada de IPR selectivo corrigiendo el apiñamiento, mejorando la estética y perímetro de las arcadas. El plan de tratamiento consistió en 7 alineadores superiores y 11 inferiores.

Durante el tratamiento con alineadores se ha planificado intervención quirúrgica mediante la utilización laser de dióxido de carbono realizando una sección vertical del frenillo, demostrado como el método más eficiente y mejor postoperatorio (menor dolor e inflamación).⁷

Una vez realizada la intervención quirúrgica, se planifica acompañar el tratamiento con la reeducación funcional lingual realizado por logopedas con ejercicios como protrusión lingual, presión contra las mejillas, lateralización de alimentos y posicionamiento en la papila.

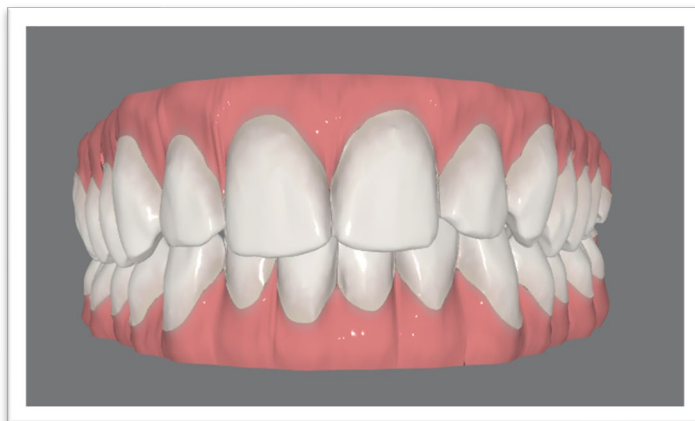


Fig. 6 Visor dinámico inicial de frente

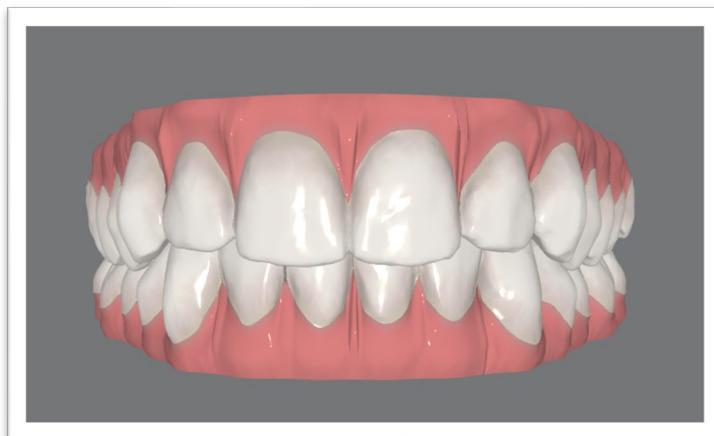


Fig. 7 Visor dinámico final de frente



Fig. 8 Visor dinámico inicial arcada superior.



Fig. 9 Visor dinámico inicial arcada inferior.



Fig. 10 Visor dinámico final arcada superior.



Fig. 11 Visor dinámico final arcada inferior.

Hemos mejorado el perímetro de la arcada corrigiendo el apiñamiento anterior conformando una correcta guía anterior, mejoramos la inclinación de incisivos superiores de 30° a 25° al momento de realizar la mecánica de contracción final.

El tiempo total del tratamiento fue de 4 meses y medio programando el cambio de alineadores cada 10 días. Cabe destacar que ha sido necesaria una fase de refinamiento de 4 alineadores inferiores para terminar de alinear el frente anterior.

Al momento de la terminación del tratamiento de ortodoncia el paciente se encontraba rehabilitado a nivel del posicionamiento y función lingual garantizando la estabilidad de los resultados obtenidos y ausencia de recidivas.



Fig. 12 Visor dinámico final de frente



Fig. 13 fotografía intraoral de frente final

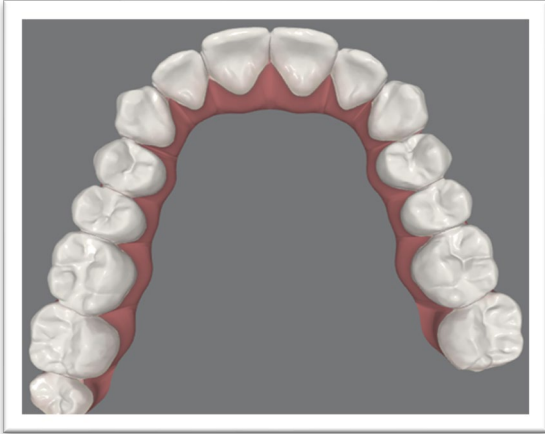


Fig. 14 Visor dinámico arcada superior final



Fig. 15 fotografía intraoral arcada superior final



Fig. 16 Visor dinámico arcada inferior final



Fig. 17 fotografía intraoral arcada inferior final



Fig. 18 fotografía de frente final



Fig. 19 fotografía de perfil final

CONCLUSIÓN:

Es importante realizar un abordaje multidisciplinario de aquellos pacientes que presentan una disfunción del sistema estomatognático como lo es la presencia de un frenillo lingual corto, rehabilitando tanto la oclusión como la función previo concluir el tratamiento, asegurando la estabilidad del sistema estomatognático, equilibrio de las fuerzas y duración de los resultados obtenidos.

La recidiva de los tratamientos se explica por la unión de fallos en los procedimientos correctivos y factores ajenos al mismo que alteran sus resultados finales y los cambios óseos, musculares y dentales cuando la retención final no es correcta.

BIBLIOGRAFÍA

1. Suter VG, Bornstein MM. Ankyloglossia: facts and myths in diagnosis and treatment. *J Periodontol*. 2009 Aug;80(8):1204-19. doi: 10.1902/jop.2009.090086. PMID: 19656020.
2. Vaz AC, Bai PM. Lingual frenulum and malocclusion: An overlooked tissue or a minor issue. *Indian J Dent Res* [Internet]. 1 de septiembre de 2015 [citado 5 de enero de 2021];26(5):488-92. Disponible en: <https://www.ijdr.in/article.asp?issn=0970-9290;year=2015;volume=26;issue=5;spage=488;epage=492;aulast=Vaz>
3. Srinivasan B, Chitharanjan AB. Skeletal and dental characteristics in subjects with ankyloglossia. *Prog Orthod* [Internet]. 2013 [citado 7 de noviembre de 2020];14(1):1-7. Disponible en: </pmc/articles/PMC4384905/?report=abstract>
4. González M, Rodríguez L. Prevalence, types and etiologic factors of mandibular crowding in orthodontic patients in Tabasco, Mexico, 2015-2016. *Rev Mex Ortod* [Internet]. enero de 2018 [citado 17 de febrero de 2021];6(1):20-5. Disponible en: www.medigraphic.org.mx
5. Consolaro A, De Almeida Cardoso M. Mandibular anterior crowding: Normal or pathological? *Dental Press J Orthod* [Internet]. 1 de marzo de 2018 [citado 2 de noviembre de 2020];23(2):30-6. Disponible en: </pmc/articles/PMC6018449/?report=abstract>
6. Duncan LO, Piedade L, Lekic M, Cunha RS, Wiltshire WA. Changes in mandibular incisor position and arch form resulting from Invisalign correction of the crowded dentition treated nonextraction. *Angle Orthod* [Internet]. 1 de julio de 2016 [citado 10 de 61 noviembre de 2020];86(4):577-83. Disponible en: http://meridian.allenpress.com/angleorthodontist/article-pdf/86/4/577/1397139/042415-280_1.pdf
7. Gavazzi M, De Angelis D, Blasi S, Pesce P, Lanteri V. Third molars and dental crowding: Different opinions of orthodontists and oral surgeons among Italian practitioners. *Prog Orthod* [Internet]. 22 de noviembre de 2014 [citado 7 de noviembre de 2020];15(1). Disponible en: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25679500/>
8. Johnston CD, Littlewood SJ. Retention in orthodontics. *Br Dent J* [Internet]. 16 de febrero de 2015 [citado 18 de noviembre de 2020];218(3):119-22. Disponible en: <https://www.nature.com/articles/sj.bdj.2015.47>
9. Goldberg A, Behrents RG, Oliver D, Buschang P. Facial divergence and mandibular crowding in treated subjects. *Angle Orthod* [Internet]. 2013 [citado 6 de noviembre de 2020];83(3):381-8. Disponible en: http://meridian.allenpress.com/angleorthodontist/article-pdf/83/3/381/1386432/061912-505_1.pdf
10. Sanunga Valencia MA Tesis [Internet]. 2021-09 [citado el 11 de enero de 2022]. Recuperado a partir de: <http://repositorio.ug.edu.ec/handle/redug/56096>