

CALIDAD Y DIRECCIÓN

Paciente con



SÍNDROME DE GORLIN

Clase III, caso clínico



Mariana Di Fatta*
Dra. Beatriz Gurrola Martínez^b
Dr. Adán Casasa Araujo^c

*Residente del 2do año de la maestría en el Centro de Estudios.

^bProfesor del CESO y profesor de tiempo completo titular "C" en la FES Zaragoza.

^cProfesor de clínica y director del CESO

Resumen

Las maloclusiones de clase III, conocidas también como prognatismo mandibular, mordida al revés o mordida cruzada anterior, son entidades complejas, que imponen un desafío en cuanto a su tratamiento para el clínico. El adecuado diagnóstico garantizará que la terapia instaurada sea exitosa. Se presenta una paciente de 17 años de edad con síndrome de Gorlin, se decide manejar el caso con cirugía ortognática (Lefort I de avance maxilar) porque se considera una hipoplasia maxilar severa. En el análisis cefalométrico se observa una maloclusión clase III de origen esquelético, con una hipoplasia maxilar real, y un patrón de crecimiento hiperdivergente. Se realizaron extracciones de los primeros premolares superiores e inferiores derecho e izquierdo, etapas de alineación, nivelación detallada y retención. En la mecanoterapia se usaron brackets prescripción Roth 0.22 x 0.28 y secuencias de arcos de nitinol y de acero, se logra una clase I canina bilateral, clase II molar funcional derecha e izquierda no determinada por ausencia de antagonistas, se le indicó retenedor circunferencial superior e inferior.

Palabras clave: Síndrome de Gorlin, maloclusión clase III, Lefort I.

Abstract

Class III malocclusions also known as prognathism, backwards bite or anterior crossbite, are complex entities that pose a challenge for clinicians in their treatment. A proper diagnosis will ensure that the instituted therapy will be successful. We report a patient 17 years of age with Gorlin syndrome. We decided to handle the case with orthognathic surgery (Lefort I maxillary advancement) because of it being considered a severe maxillary hypoplasia. In the cephalometric analysis, a class III malocclusion of skeletal origin was observed, with a real maxillary hypoplasia and hyperdivergent growth pattern. We extracted the first upper premolars and the lower left and right, we also realized an alignment, leveling, detailed placement and retention. For the mechanotherapy we used Roth prescription braces 0.22 x 0.28 and sequences of arcs of nitinol and steel, achieving a bilateral Class I canine, right and left Class II functional molar undetermined by the absence of antagonists; also a circumferential upper and lower retainer was indicated.

Key words: Syndrome of Gorlin, maloclusión class III, Lefort I.

Introducción

El síndrome de Gorlin es un desorden clínico-patológico hereditario de carácter autosómico dominante bien reconocido y de expresión variable. En la mayoría de los casos se manifiesta a temprana edad o cerca de la pubertad y afecta más a la raza blanca de ambos sexos.

El síndrome se caracteriza por múltiples nódulos cutáneos en piel no expuesta al sol y también en la piel de la cara, que tienden a volverse malignos con la edad (nevus de células basales), queratoquistes odontogénicos múltiples y una gran variedad de malformaciones esqueléticas (prognatismo, cifosis, espina bífida, hipertelorismo, amplia raíz nasal, entre otras). Es de alto interés médico por el riesgo de carcinomas en piel.^{1,2} La maloclusión de clase III presenta una incidencia de aproximadamente 5 % de la población caucásica y representa un gran reto en cuanto a su tratamiento, para esto se debe tener un diagnóstico claro y preciso, ya que son varias las formas en las que se presenta esta entidad: prognatismo mandibular real, hipoplasia maxilar con una base mandibular normal o una combinación de ambos factores.³ En cuanto a los factores etiológicos se considera que es una alteración poligénica en la que uno o varios factores se encuentran implicados en cierto grado; dentro de éstos podemos considerar la herencia, ya que existe evidencia de que las estructuras craneofaciales están bajo un control genético y son significativas en el desarrollo craneofacial; sin embargo, cada maloclusión tiene su aspecto distintivo de la relación genética/ambiente. La dificultad está en la determinación de la contribución precisa para cuantificar el efecto de cada una. En todo caso, si el patrón genético influye más que el ambiental, el pronóstico ortodóncico será menos favorable.⁴ En cuanto al factor Ambiental, se puede considerar que las fuerzas oclusales generadas por la erupción anormal también pueden inducir una guía incisal desfavorable que estimula el desplazamiento anterior mandibular, además la pérdida prematura de los molares primarios pueden provocar el des-

plazamiento mandibular debido al cambio en la guía oclusal durante el proceso de erupción. Por último, hay que considerar también el factor epigenético, ya que en estudios sobre la función respiratoria y su influencia en el crecimiento craneofacial se describe a la respiración bucal como un agente condicionante para una postura más baja de la lengua y del hueso hioides, lo que puede ejercer presión sobre la parte anterior del proceso dentoalveolar mandibular y un escaso estímulo a nivel del maxilar; es por ello que actúa como un factor etiológico predisponente de la maloclusión de clase III.⁴ Entre los objetivos principales de un tratamiento ortodóncico, más allá de la estética facial y dental, la función y la salud, se encuentra la obtención de un resultado estable a corto y largo plazo. Para la obtención de una oclusión funcional y adecuada es necesario que exista una correcta armonía entre maxilares, así como una adecuada posición de los dientes sobre sus bases óseas; en este caso, donde existe una discrepancia ósea excesiva los principios de estabilidad sólo se pueden alcanzar mediante la utilización de un recurso quirúrgico combinado con técnicas ortodóncicas para la consecución de los objetivos terapéuticos.⁵

Reporte del caso

Paciente de sexo femenino, 17 años de edad con síndrome de Gorlin. En el análisis cefalométrico se observa una maloclusión de clase III de origen esquelético, con una hipoplasia maxilar real, y un patrón de crecimiento hiperdivergente (fig. 1 y 3). A nivel de tejidos blandos se observa un perfil cóncavo (fig. 2), labio inferior a -4 mm y labio superior a -6 mm de la línea estética de Ricketts.



Figura 1. Frente



Figura 2. Perfil



Fig. 3. Fotografía de sonrisa

En el examen intraoral se observa una clase III molar derecha (fig.4), mordida cruzada anterior, relación molar izquierda no determinada, clase III canina bilateral (fig. 6 y 5), laterales superiores palatinizados, caninos superiores fuera de arco (fig. 7), ausencia de piezas dentarias (fig. 8), manifiesta características del síndrome de Gorlin (en estudio), presenta línea media dental superior coincidente con la línea media facial y la inferior desviada 1 mm a la derecha con respecto a la línea dental superior. En el análisis de espacio de Bolton presenta una discrepancia en el arco superior de 10,1 mm en el radio de "12". Y de 3 mm en superior en el radio de "6" (fig. 8).

Estudios de inicio



Fig. 4. Lateral derecha



Fig. 5. Frente oclusión



Fig. 9. Rx Lateral de cráneo



Fig. 12. Fotografía perfil



Fig. 6. Lateral izquierda



Fig. 10. Rx Panorámica donde se observa la pérdida de piezas dentarias consecuencia del síndrome y un inadecuado paralelismo radicular.



Fig. 7. Intraoral oclusal superior

nea hacer corrección del perfil facial, corrección de las relaciones esqueléticas, corrección del apiñamiento maxilar y mandibular, obtención de clase II molar funcional derecha, obtención de clase I canina bilateral, obtención de líneas medias coincidentes, obtención de overjet y overbite adecuados. Funcional: Lograr oclusión mutuamente protegida, lograr correcta intercuspidadación, lograr guía de desoclusión canina y lograr guía incisiva.

En la mecanoterapia se usaron brackets prescripción Roth 0.22 x 0.28 y secuencias de arcos de nitinol y de acero. En la radiografía lateral de cráneo (fig. 9), observamos la clase III esquelética y la hiperdivergencia de la paciente, en la panorámica (fig. 10) donde se puede observar la pérdida de piezas dentarias como consecuencia del síndrome de Gorlin también vemos un inadecuado paralelismo radicular.



Fig. 8. Intraoral oclusal inferior

Metodología

Se realizaron extracciones de los primeros premolares superiores e inferiores derecho e izquierdo, etapa de alineación, nivelación detallado y reten-

Estudios finales

Los estudios finales se tomaron a los 3 años y 4 meses del inicio del tratamiento. Se logró obtener dentro de los objetivos faciales un perfil recto (fig. 11 y 12)

Objetivos del tratamiento

Se decide manejar el caso con cirugía ortognática (Lefort I de avance maxilar) por considerarse una hipoplasia maxilar severa, según las mediciones obtenidas durante su examen diagnóstico, se pla-



Fig. 11. Fotografía frente



Fig. 13. Fotografía sonrisa

y en su fotografía de sonrisa (fig. 13) podemos observar que es mucho más armonía y estética.

Se lograron los objetivos dentales; se llevó a la paciente a una relación canina clase I bilateral, clase II molar funcional derecha y la izquierda no determinada debido a la ausencia de molares inferiores, un adecuado *overjet* y *overbite*, dentro de lo facial se obtuvo un adecuado perfil facial luego de la cirugía ortognática (avance e impactación maxilar).

Estudios finales intraorales

Fotografía intraoral de frente (fig. 14) donde observamos la coincidencia de líneas medias y un *overjet* y *overbite* adecuados.

Fotografía intraoral derecha (fig 15) donde se observa la clase I canina y molar. Fotografía intraoral izquierda (fig 16); observamos la clase I canina y la molar no determinada por ausencia del antagonista.

Fotografías oclusales superior e inferior (figuras 17 y 18); observamos las formas de arco ovales superior e inferior.



Fig. 14. Fotografía de frente



Fig. 15. Fotografía intraoral derecha



Fig. 16. Intraoral izquierda



Fig. 17. Fotografía intraoral oclusal superior



Fig. 18. Fotografía intraoral oclusal inferior

Estudios Radiográficos finales

Podemos observar en la radiografía lateral de cráneo de la paciente (figura 19) la clase I esquelética y en la panorámica (figura 20) observamos un adecuado pa-



Fig. 19. Rx lateral de cráneo

ralelismo radicular y el cierre de espacios entre caninos y 2 premolares.

Discusión

En el caso presentado concluimos que es una paciente con síndrome de Gorlin, este síndrome se manifiesta por múltiples queratoquistes de los maxilares y anomalías esqueléticas.¹ Por otra parte Rakosi y col. citados por DaSilva señalan, en su clasificación morfológica, el diagnosticó a la paciente con una maloclusión clase III por subdesarrollo del maxilar.⁴ Andersen, en su clasificación de maloclusión Clase III tipo 3, definió este tipo de maloclusión por poco desarrollo del maxilar.

Conclusiones

Nuestra paciente definida como clase III reaccionó favorablemente al tratamiento que se le aplicó. Se llevó a clase I canina bilateral, clase II molar funcional derecha e izquierda no determinada por ausencia de antagonistas.



Fig. 20. Rx panorámica