



L'Acadèmia

Filial del Vallès Oriental

CEMAV, 10 i 17 de Desembre del 2015



***Odontologia i Cirurgia Oral i
Maxil.lofacial:
un acostament als Metges de Família***

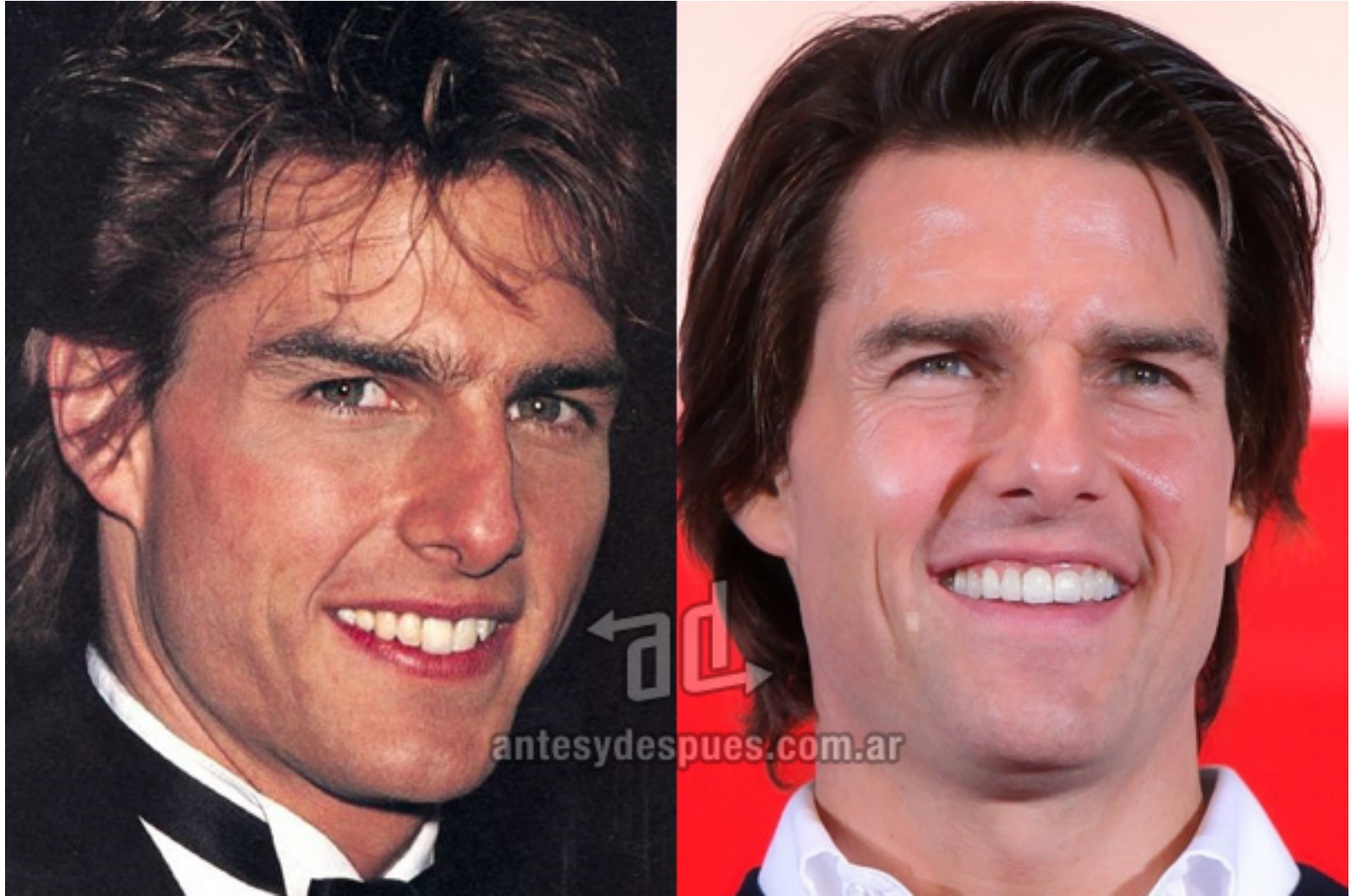
***“Cúal es la finalidad de un buen
alineamiento ortodóncico”***

***Dra. Emma Vila Manchó
Dr. Carlos Serra de Fortuny***

ORTODONCIA

Dientes rectos

ESTÉTICA





antesydespues.com.ar



""Diagnóstico y plan de tratamiento""



Tras el tratamiento de Ortodoncia removible : Ortodoncia fija



3 años después tratamiento ortodoncia fija- Interposición lingual

Es posible evitar la recidiva ?

Es posible
mantener la
estabilidad tras
un tratamiento
ortodóncico ?

- BUEN DIAGNÓSTICO Y PLAN DE TRATAMIENTO
- CAMBIOS PRODUCIDOS POR EL CRECIMIENTO
- GUIA CANINA
- CURVA DE SPEE
- ANCHURA INTERCANINA
- EXTRACCIÓN VS NO EXTRACCIÓN
- 3º MOLARES
- OCLUSIÓN FUNCIONAL
- COLABORACIÓN DEL PACIENTE DURANTE Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO

Cambios producidos por el crecimiento





Anchura intercanina





Curva de spee



- EXTRACCIÓN VS NO EXTRACCIÓN



Evitaremos el apiñamiento pero NO el movimiento

3° molares







OCLUSIÓN FUNCIONAL

- Estabilizar y colocar la articulación correctamente
- Rehacer dimensión vertical
- Control puntos de contacto inadecuados
- Ortodoncia















COLABORACIÓN DEL PACIENTE ANTES Y DESPUÉS DEL TRATAMIENTO



LO HEMOS CONSEGUIDO... ..

CUMPLIDOS TODOS LOS PUNTOS PARA MANTENER LA
ESTABILIDAD POST TRATAMIENTO ORTODÓNICO



Caso acabado - estabilizado ?? Mientras

- NO RESPIRE
- NO TRAGUE
- NO HABLE
- NO SUCCIONE
- NO TENGA AMIGDALAS
- NO TENGA LENGUA
- NO TENGA HÁBITOS



Ortodoncia removable
Deglució atípica
Respirador oral
LM



2 años después- ortodoncia removible



Ortodoncia fija



2 años después de finalizar el tratamiento ortodoncia fija



5 años de diferencia

TRATAMIENTO INTERDISCIPLINAR

- Logopedas
- Pediatras
- Otorrino-Laringólogo
- Fisioterapéutas
- Ortodoncistas
- Cirujanos Maxilofaciales



Deglución atípica- lengua baja
Hipertrofia amigdalар
Mordida abierta

Otorrino+ logopeda+ ortodoncista



1 fase de tratamiento

PROTOCOLO DE EXPLORACIÓN OROFACIAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

PROTOCOLO DE EXPLORACIÓN INTERDISCIPLINAR OROFACIAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES
(Dirigido a Logopedas, Odontólogos, Otorrinolaringólogos y Pediatras)

Realizado por:.....Especialidad:.....

Datos del paciente:

Nombre del paciente:.....Edad:.....
Fecha:.....Antecedentes:.....

Concepto:

La exploración interdisciplinar orofacial, extra e intraoral comprende el examen para la detección de posibles alteraciones morfológicas y/o disfunciones.
Esta propuesta es una aproximación a un protocolo de exploración que reúne 2 características:
1.- Rapidez (5-8 minutos)
2.- Simplicidad.

Anamnesis padres:

	Si	No	No sabe
1. ¿Ronca habitualmente su hijo mientras duerme?			
2. Durante el sueño ¿Ha observado si al niño le cuesta respirar o lo hace con mucho esfuerzo?			
3. Ha detectado en su hijo al dormir: Pausas o paradas respiratorias Sueño intranquilo o agitado Posturas anormales de la cabeza (hiperextensión, etc) Sudoración excesiva			
4. ¿Moja la almohada con saliva?			
5. ¿Se cansa al correr o al hacer ejercicio?			
6. ¿Se queda con la boca abierta mirando la televisión o el ordenador?			
7. ¿Tiene babeo diurno?			
8. ¿Se resfría frecuentemente?			
9. ¿Tiene alergias y/o asma?			
10. Hábitos: chupete / succión digital / onicofagia / queilofagia / otros			
11. ¿Pierde la voz frecuentemente?			
12. ¿Tiene problemas de pronunciación?			

Respiración:

2. Bucal Nasal Mixta

Perfil:



Codificación de las narinas (con respiración forzada)



PROTOCOLO DE EXPLORACIÓN INTERDISCIPLINAR OROFACIAL PARA NIÑOS Y ADOLESCENTES

(Dirigido a Logopedas, Odontólogos, Otorrinolaringólogos y Pediatras)

Realizado por:.....Especialidad:.....

Datos del paciente:

Nombre del paciente:.....Edad:.....

Fecha:.....Antecedentes:.....

Concepto:

La exploración interdisciplinaria orofacial, extra e intraoral comprende el examen para la detección de posibles alteraciones morfológicas y/o disfunciones

Esta propuesta es una aproximación a un protocolo de exploración que reúne 2 características:

- 1.- Rapidez (5-8 minutos)
- 2.- Simplicidad

Anamnesis padres:

	Si	No	No sabe
1 ¿Ronca habitualmente su hijo mientras duerme?			
2 Durante el sueño ¿Ha observado si al niño le cuesta respirar o lo hace con mucho esfuerzo?			
3 Ha detectado en su hijo al dormir:			
Pausas o paradas respiratorias			
Sueño intranquilo o agitado			
Posturas anormales de la cabeza (hiperextensión, etc)			
Sudoración excesiva			
4 ¿Moja la almohada con saliva?			
5 ¿Se cansa al correr o al hacer ejercicio?			
6 ¿Se queda con la boca abierta mirando la televisión o el ordenador?			
7 ¿Tiene babeo diurno?			
8 ¿Se resfría frecuentemente?			
9 ¿Tiene alergias y/o asma?			
10 Hábitos: chupete / succión digital / onicofagia / queilofagia / otros			
11 ¿Pierde la voz frecuentemente?			
12 ¿Tiene problemas de pronunciación?			


Respiración:

Respiración:

2 Bucal Nasal Mixta


Perfil:

3



Codificación de las narinas (con respiración forzada)

4

						
<input type="checkbox"/> Grado 0 Dilata	<input type="checkbox"/> Grado 1 No colapsa ni dilata	<input type="checkbox"/> Grado 2 Colapso unilateral parcial	<input type="checkbox"/> Grado 3A Colapso parcial bilateral	<input type="checkbox"/> Grado 3B Colapso total unilateral	<input type="checkbox"/> Grado 4 Colapso total y colapso parcial	<input type="checkbox"/> Grado 5 Colapso total bilateral

Frenillo lingual inferior (Pedir al paciente que eleve la lengua con la boca totalmente abierta intentando tocar el paladar)

5 Grado 0 Fimosis
 Grado 1 Punta lengua toca paladar
 Grado 2 Casi toca paladar
 Grado 3 Equidistante entre incisivos sup e inferiores
 Grado 4 Sobrepasa incisivos inferiores
 Grado 5 No sobrepasa incisivos inferiores

Amígdalas

6 Grado 0 Amigdalitis leve
 Grado 1 No hay amígdalas visibles
 Grado 2 Amígdalas más pequeñas (< 25%)
 Grado 3 Amígdalas 1/2 volumen (entre 25% y 50%)
 Grado 4 Amígdalas 2/3 volumen (entre 50% y 75%)
 Grado 5 Amígdalas 3/4 volumen (> 75%)

Labios

7 Relación normal Superior = 1/3 Inferior = 2/3 Labio superior incompetente en reposo Labios secos o agrietados

Maloclusión (Angle)

8 Clase I (Normal) Clase II/1 Clase II/2 Clase III

Mordida. Oclusión

9 Profunda anterior Abierta Cruzada (uni o bilat)

Alineación

10 Normal Diastemas Apilamiento

Deglución

11 ¿Hace muecas al tragar? ¿Interpone la lengua y/o labio al tragar?

Alteraciones posturales

12 Posición normal Lordosis Aumento de la curvatura lumbar Cifosis Deformación de la curvatura lumbar, caída de hombros, base glótea y abdomen prominentes







Se recomienda valoración por:

13 Otorrinolaringólogo Ortodoncista Logopeda Pediatra

Figura 1 y I bis: Protocolo de exploración interdisciplinar orofacial para niños y adolescentes.







Frenillo lingual inferior (Pedir al paciente que eleve la lengua con la boca totalmente abierta intentando tocar el paladar)

5

					
<input type="checkbox"/> Grado 0 Frenoclasia	<input type="checkbox"/> Grado 1 Punta lengua toca paladar	<input type="checkbox"/> Grado 2 Casi toca paladar	<input type="checkbox"/> Grado 3 Equidistante entre incisivos sup e inferiores	<input type="checkbox"/> Grado 4 Sobrepasa incisivos inferiores	<input type="checkbox"/> Grado 5 No sobrepasa incisivos inferiores

Amígdalas

5

					
<input type="checkbox"/> Grado 0 Amigdalectomía previa	<input type="checkbox"/> Grado 1 No hay amígdalas visibles	<input type="checkbox"/> Grado 2 Amígdalas muy pequeñas ($+ 25\%$)	<input type="checkbox"/> Grado 3 Amígdalas 1/3 enfermeja (entre 25% y 50%)	<input type="checkbox"/> Grado 4 Amígdalas 2/3 enfermeja (entre 50% y 75%)	<input type="checkbox"/> Grado 5 Amígdalas 3/3 enfermeja ($> 75\%$)


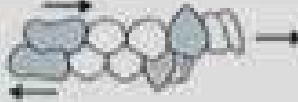


Labios

5

<input type="checkbox"/> Relación normal $\frac{\text{Superior}}{\text{Inferior}} = \frac{1/3}{2/3}$	<input type="checkbox"/> Labio superior incompetente en reposo	<input type="checkbox"/> Labios secos o agrietados
--	--	--

Maloclusión (Angle)

5

			
<input type="checkbox"/> Clase I (Normal)	<input type="checkbox"/> Clase II/1	<input type="checkbox"/> Clase II/2	<input type="checkbox"/> Clase III

9 Mordida. Oclusión

Profunda anterior Abierta Cruzada (uni o bilat)

10 Alineación

Normal Diastemas Apilamiento

11 Deglución

¿Hace muecas al tragar? ¿Interpone la lengua y/o labio al tragar?

12 Alteraciones posturales

Posición normal Lordosis: Aumento de la curvatura lumbar Cifosis: Cráneo plano, disminución de la curvatura lumbar, caída de hombros hacia delante y abdomen prominente

13 Se recomienda valoración por:

Otorrinolaringólogo Ortodoncista Logopeda Pediatra

Figura 1 y 1 bis: Protocolo de exploración interdisciplinaria orofacial para niños y adolescentes.





Junio 2015

Dra. Emma Vila Manchó



Enero 2015



Junio 2015

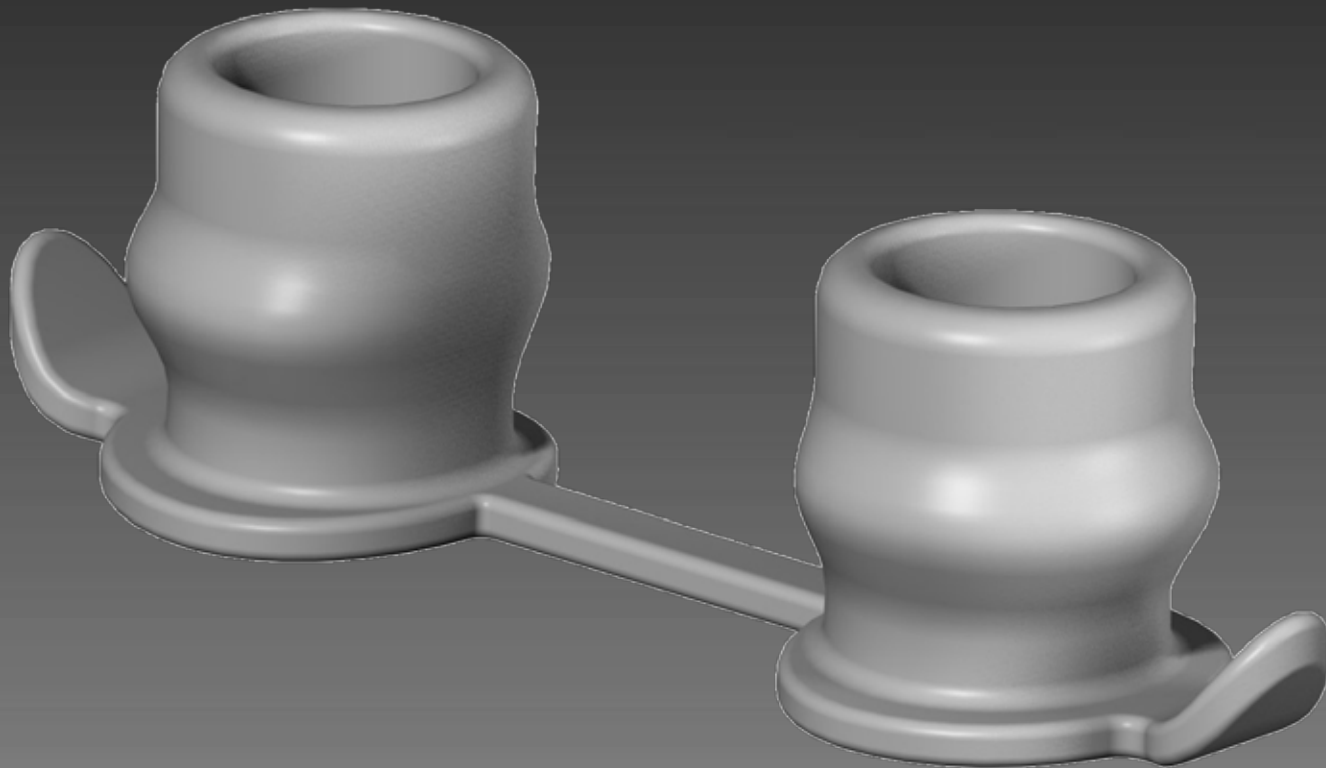
F:\ACADEMIA\IMG_5903.MOV

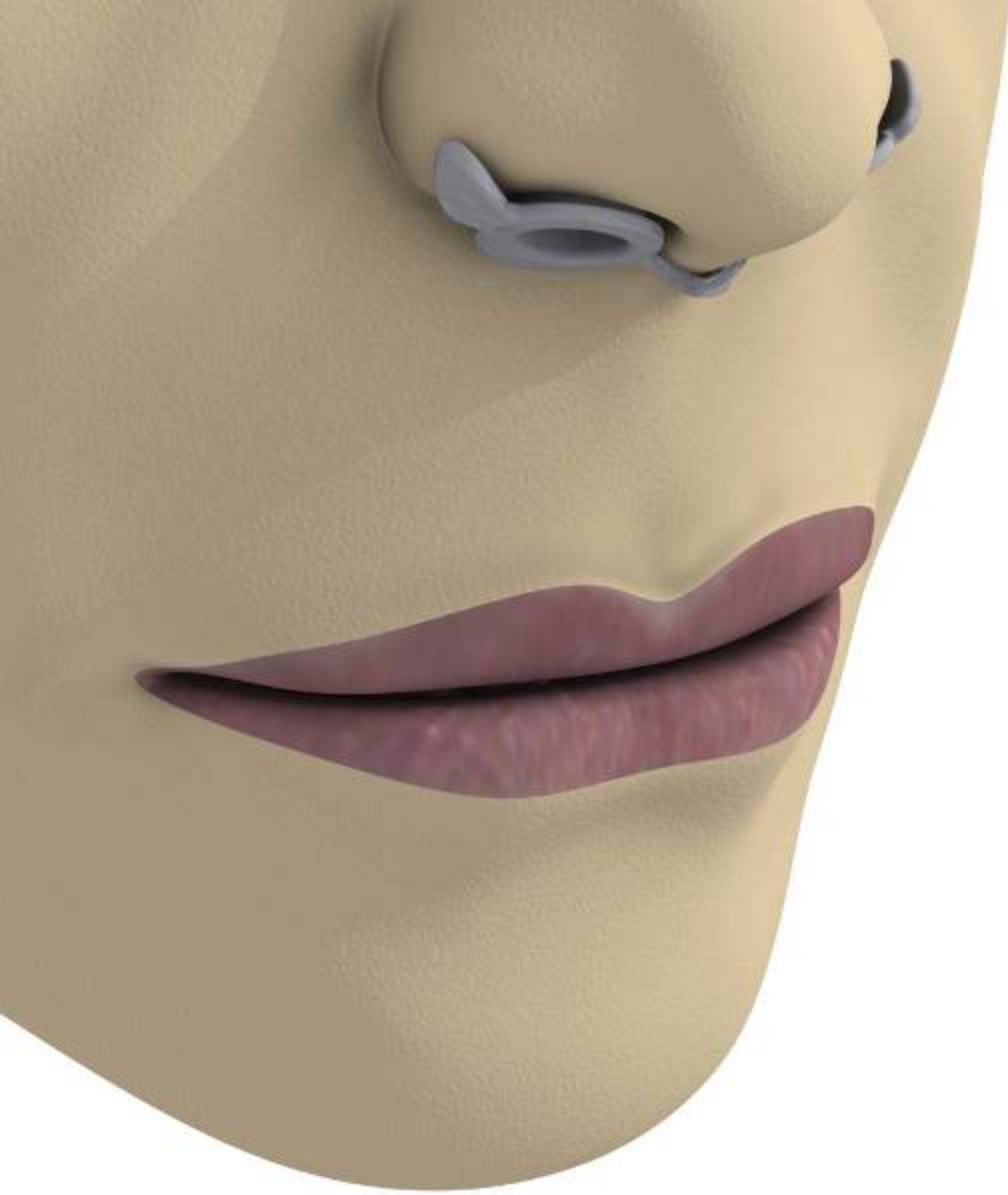
Programmed Stimulotherapy



Dr. Durán Von Arx

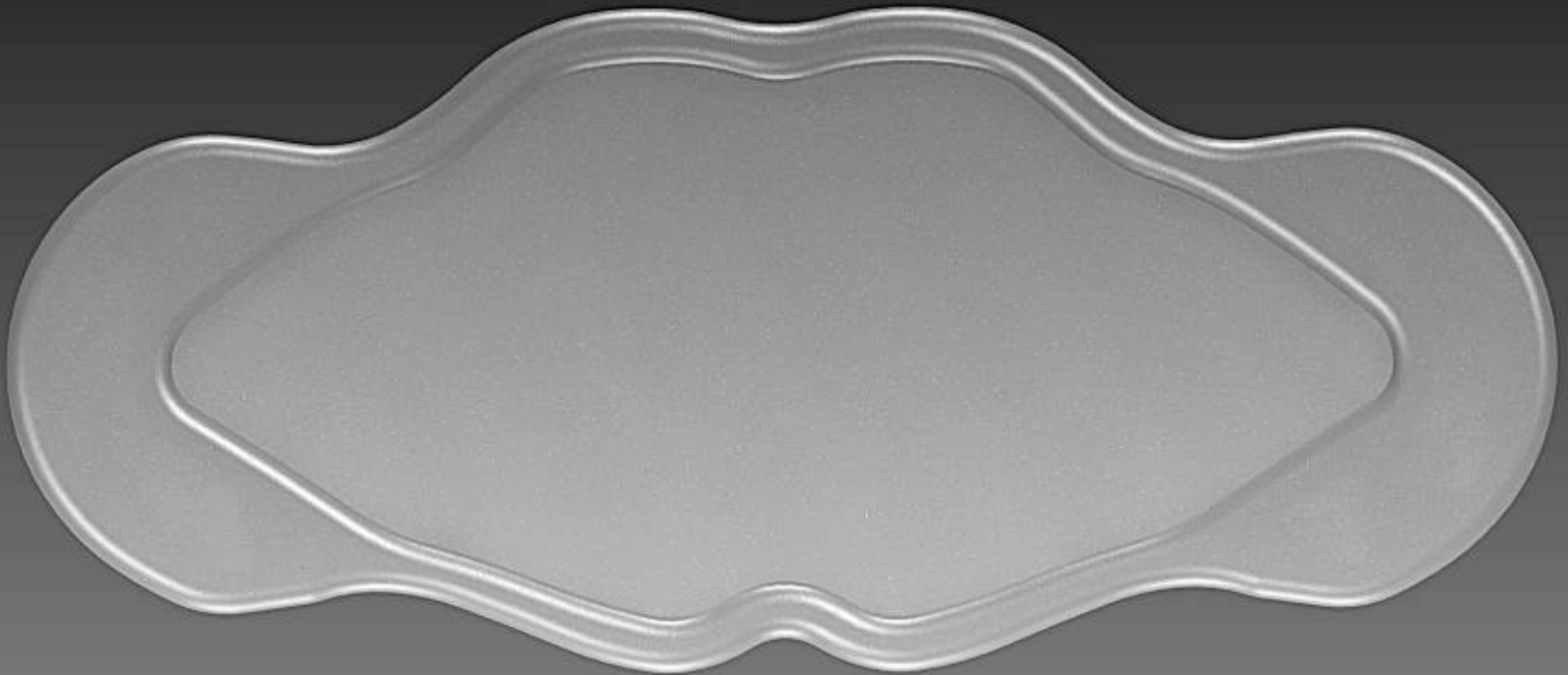
Nose Stimulators



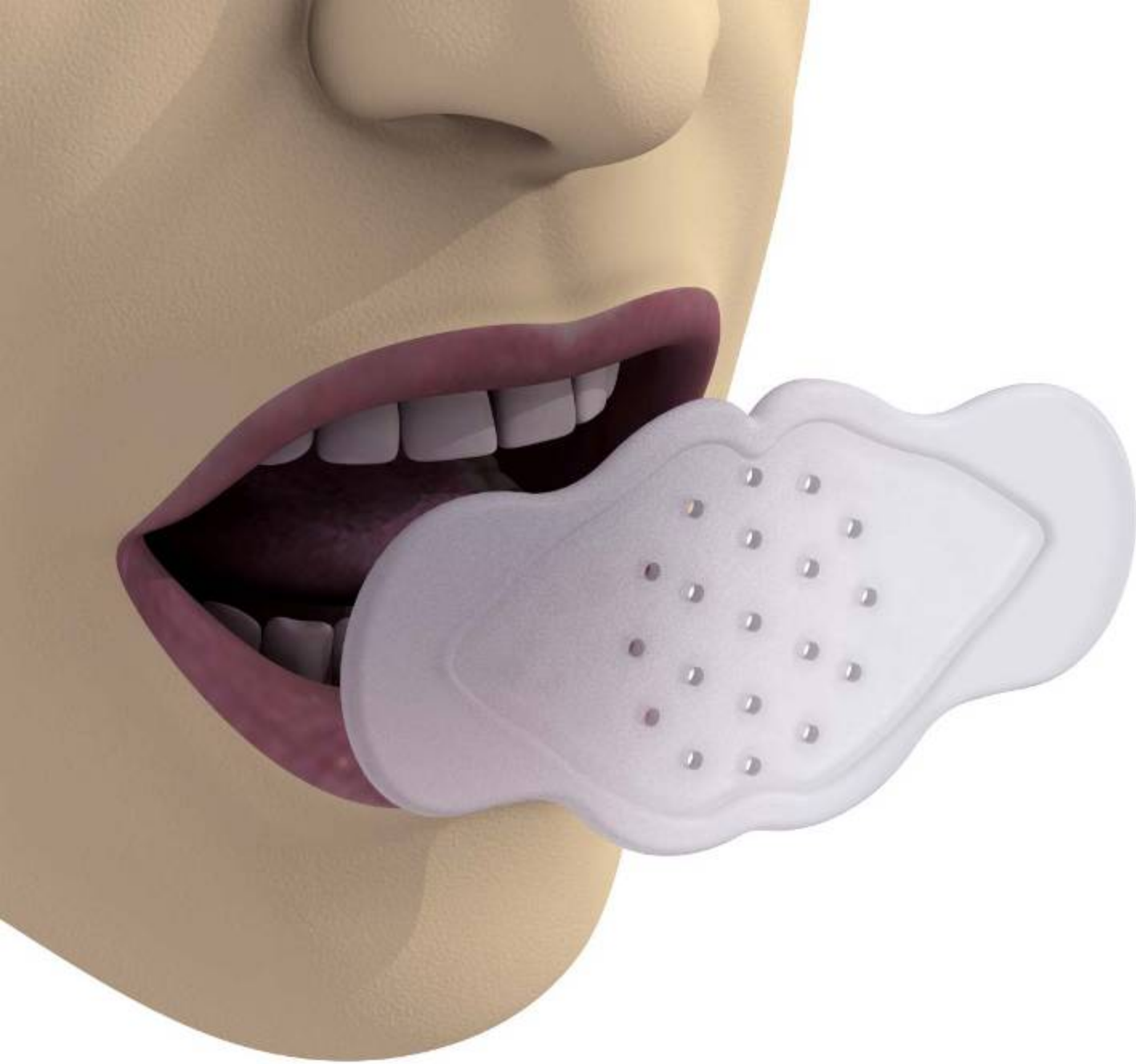


multifunction system

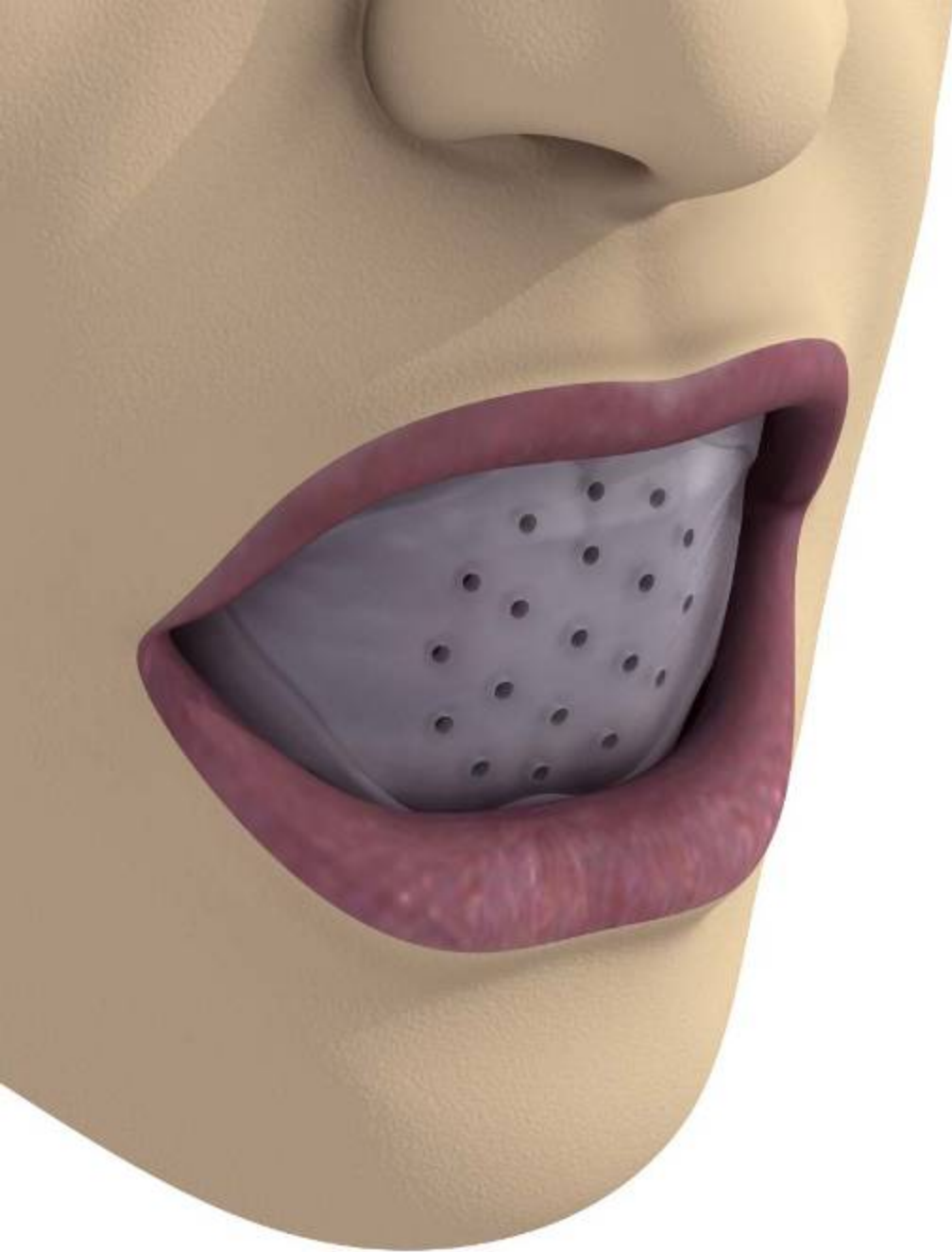
Oral obturators





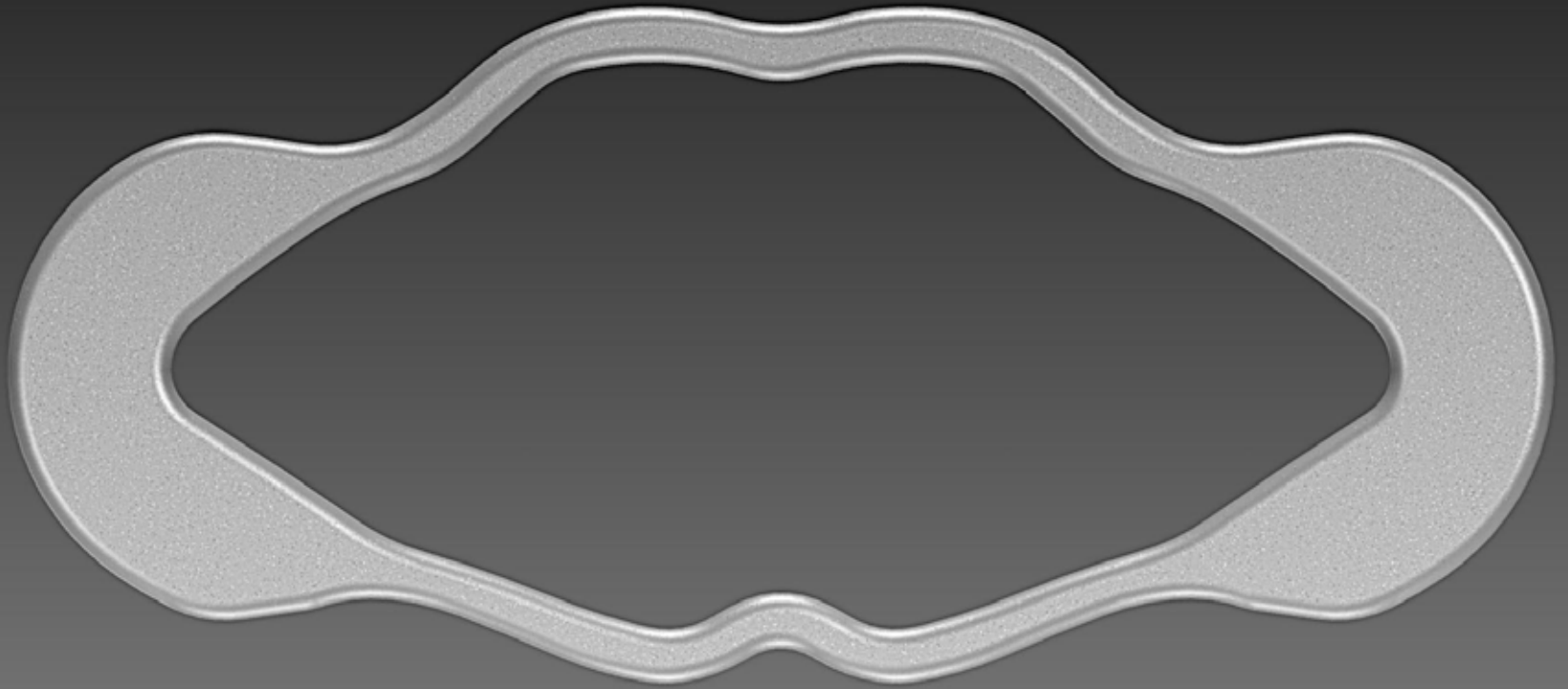


multifunction system



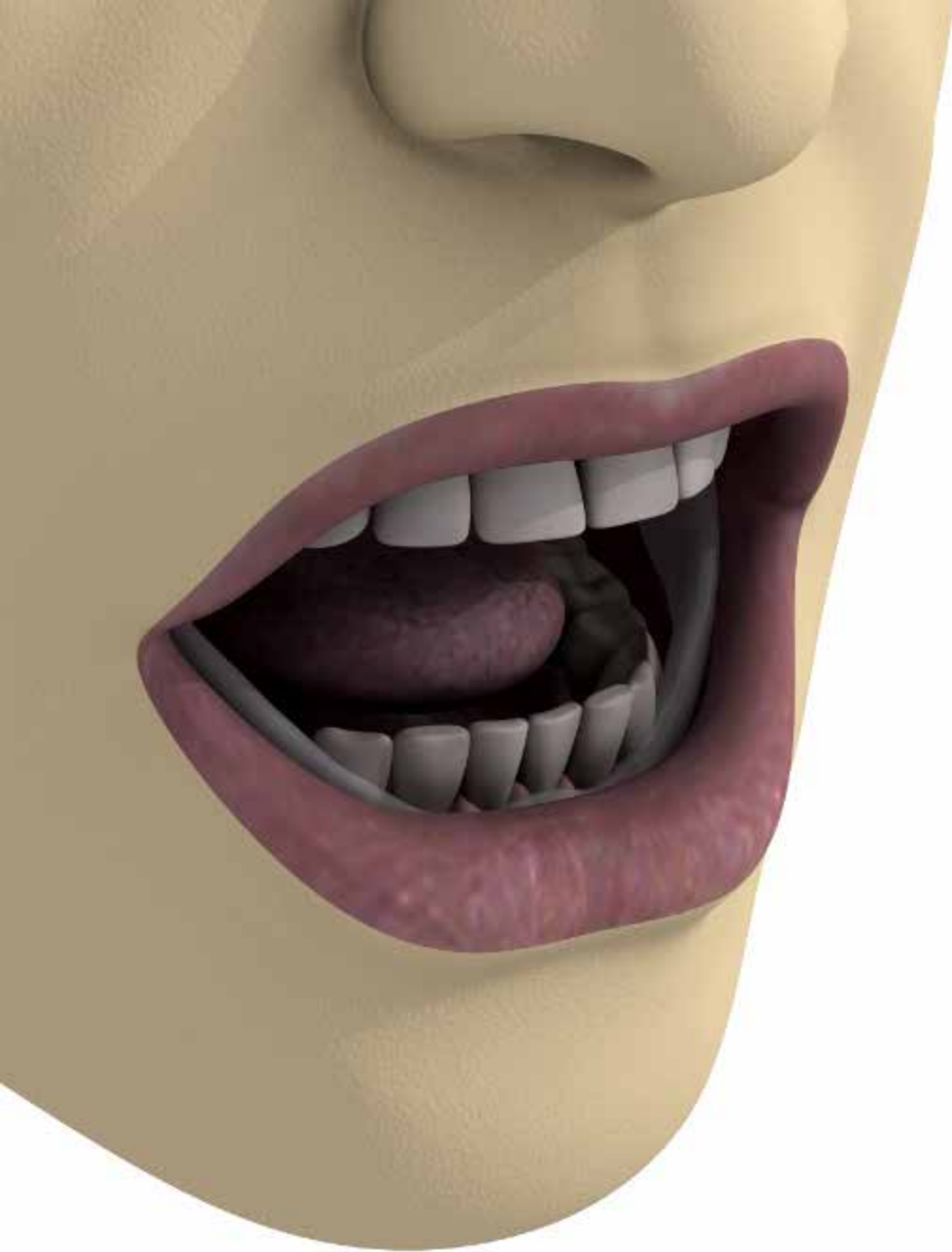
multifunction system

Lip Stimulator

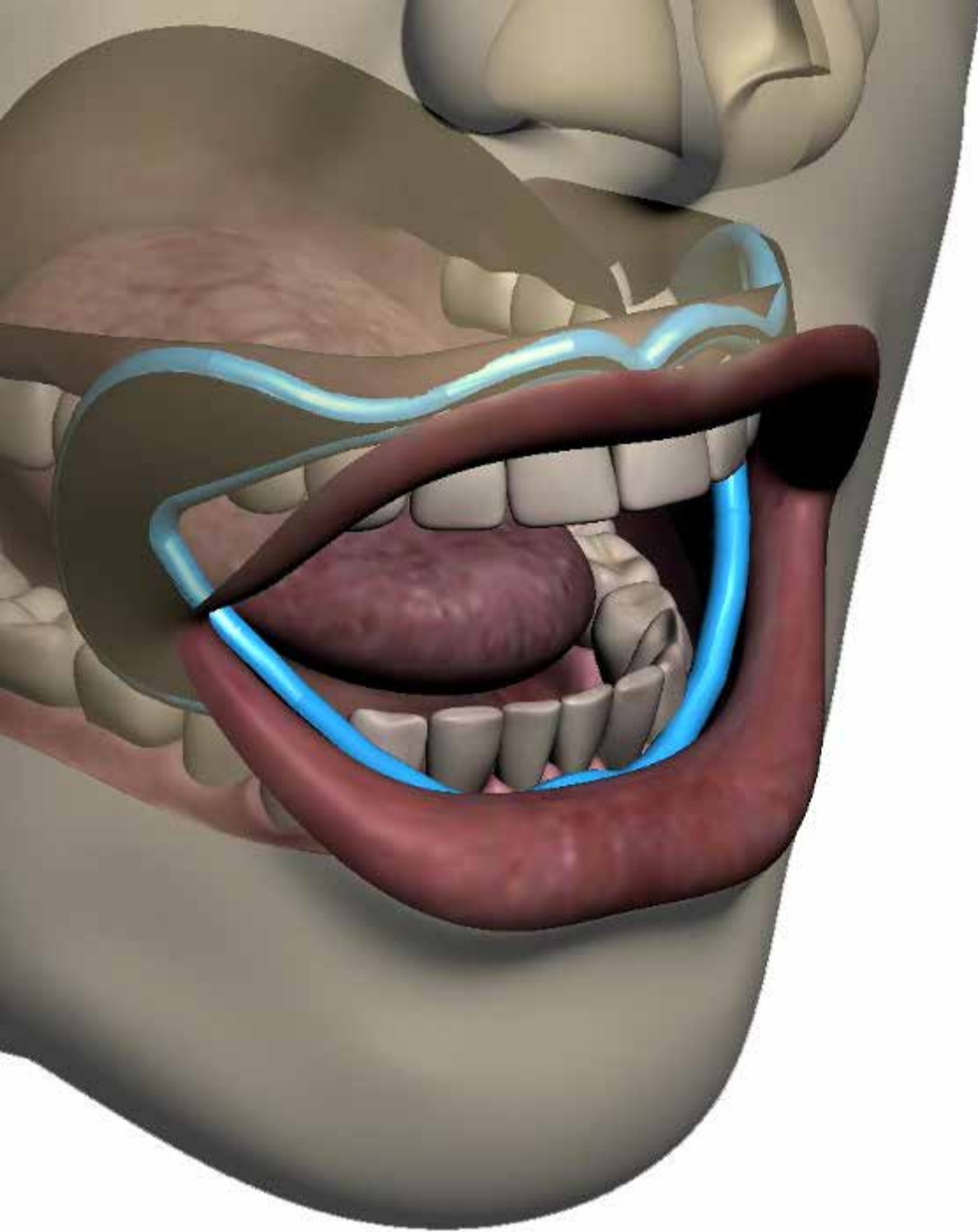




multifunction system



multifunction system



multifunction system

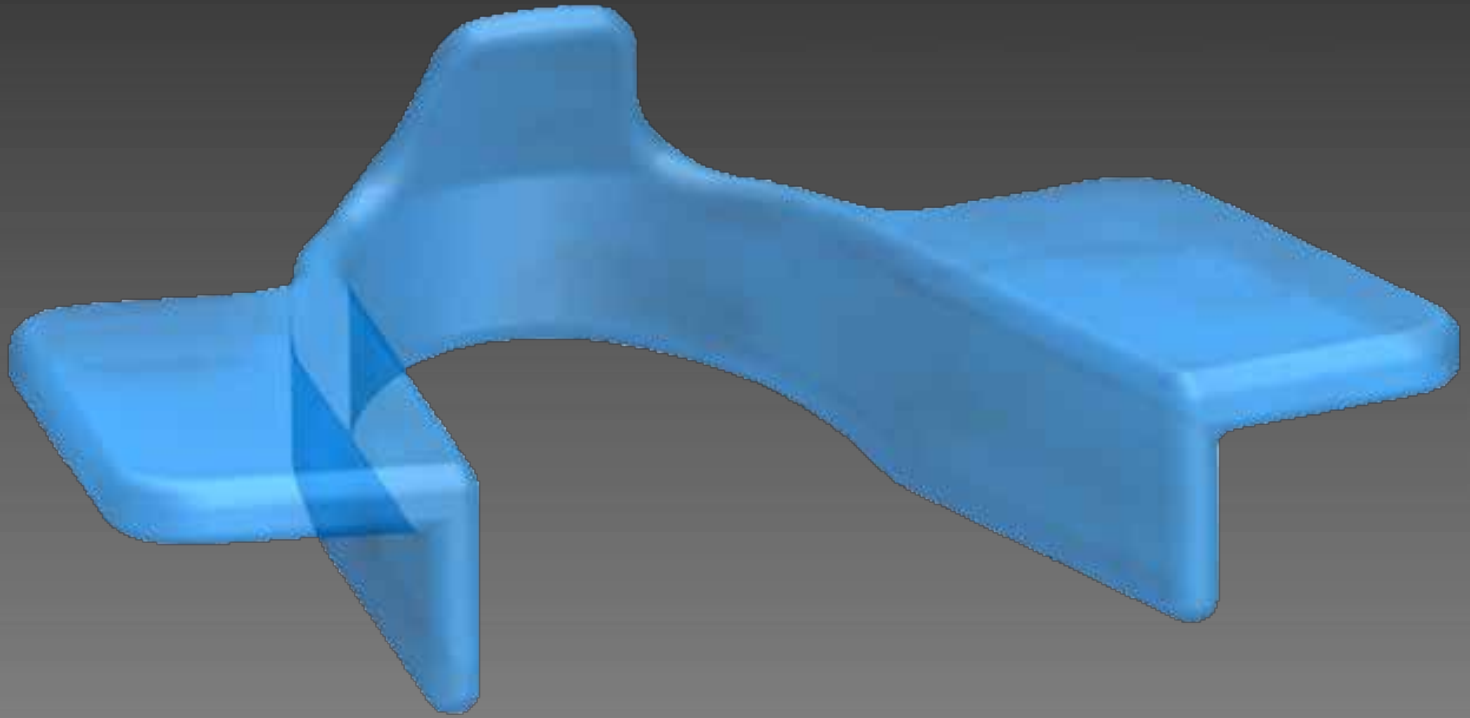
Stimulotherapy

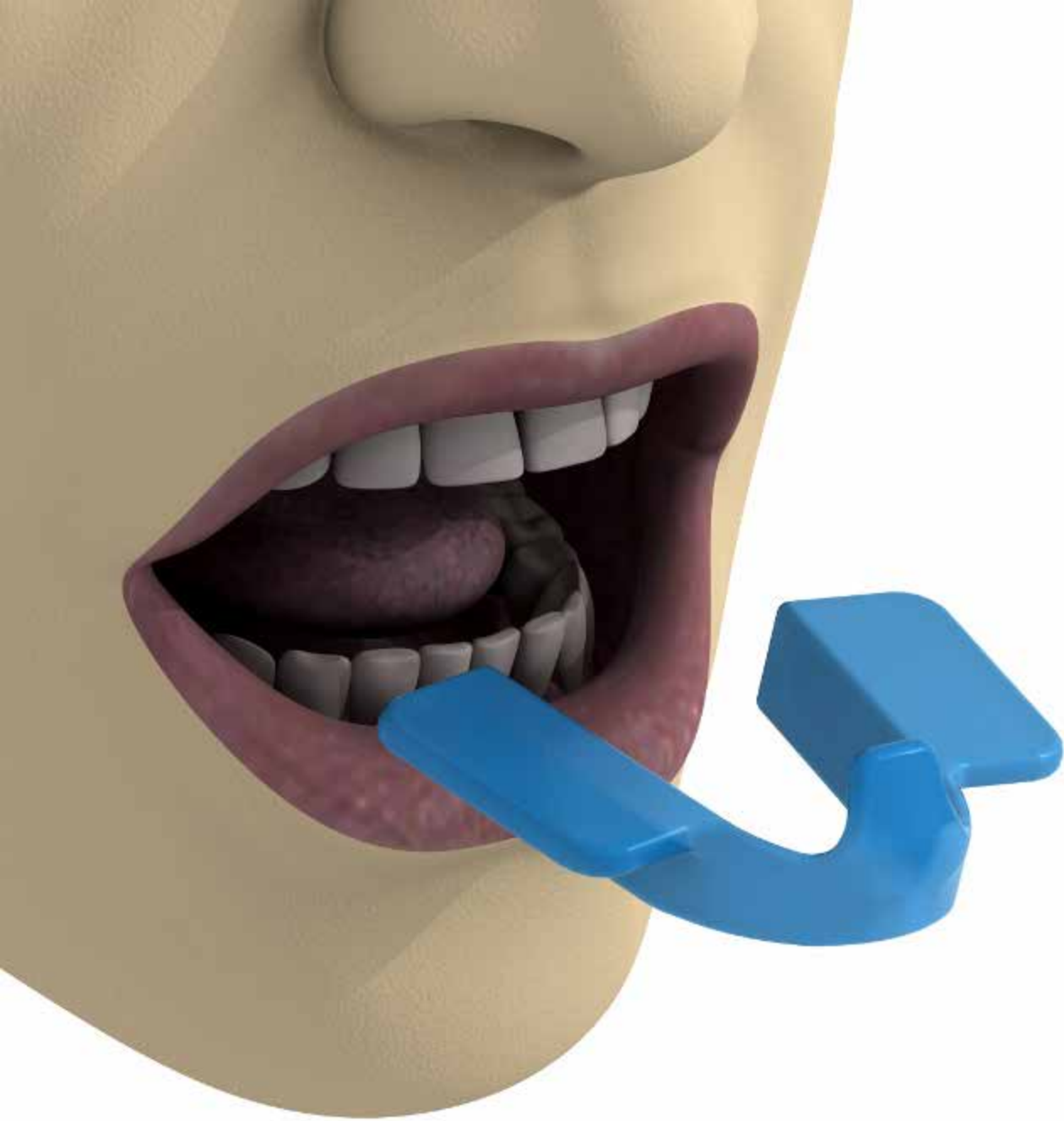
CONTROL OF DEGLUTITION



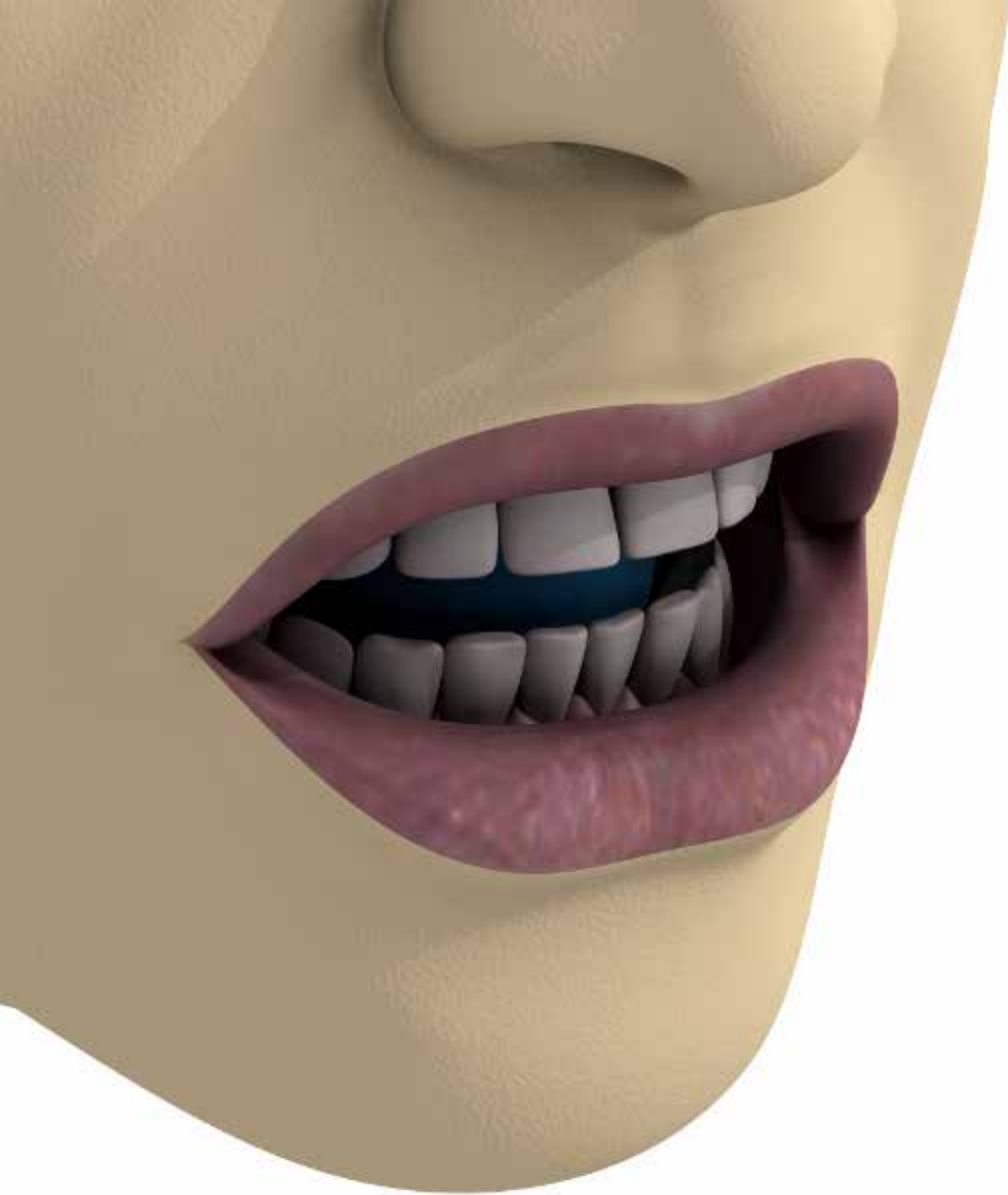
+ LINGUAL BUTTONS

Open Bite



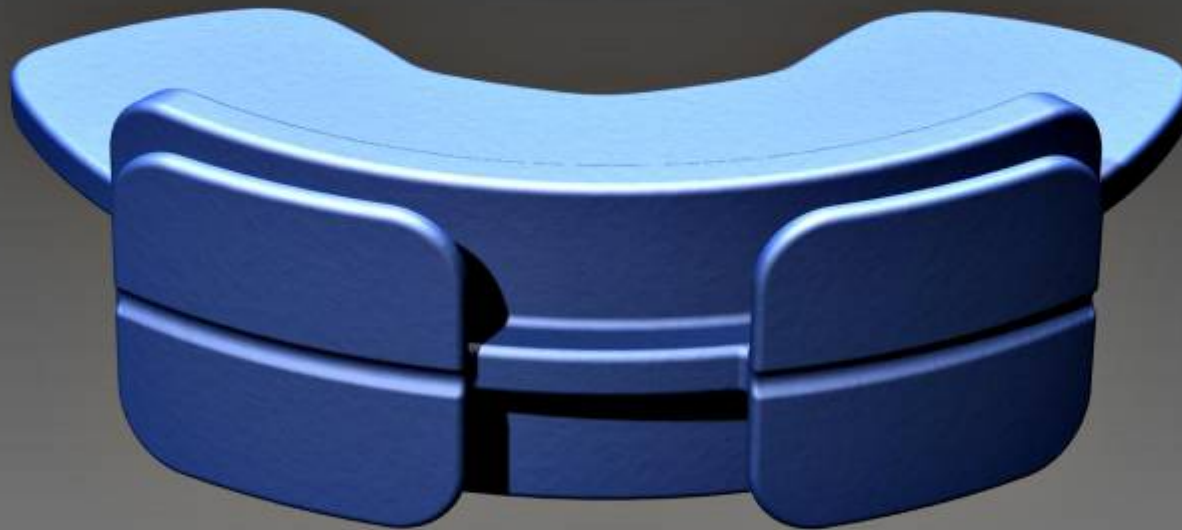


multifunction system

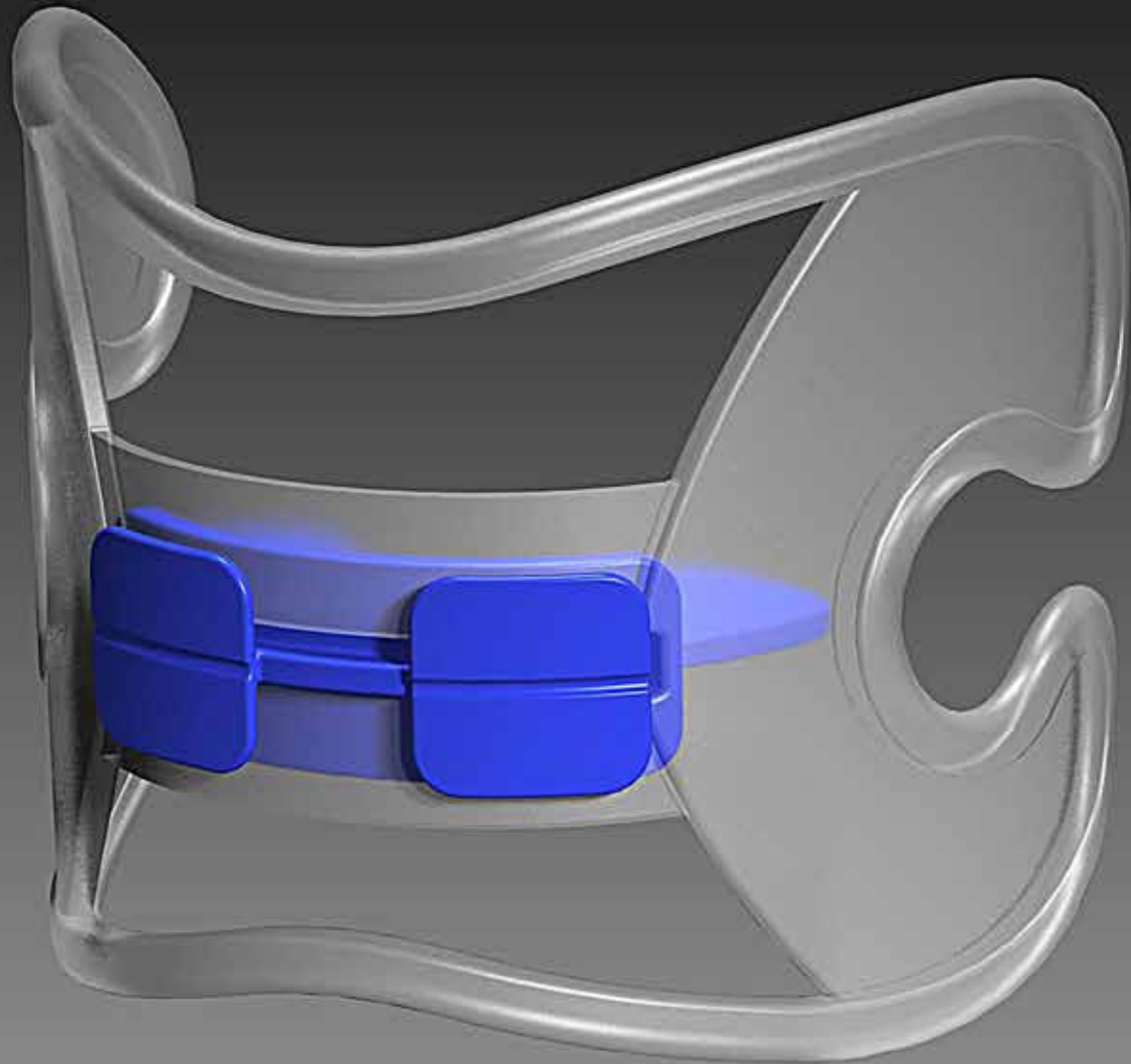


multifunction system

Bite Plate

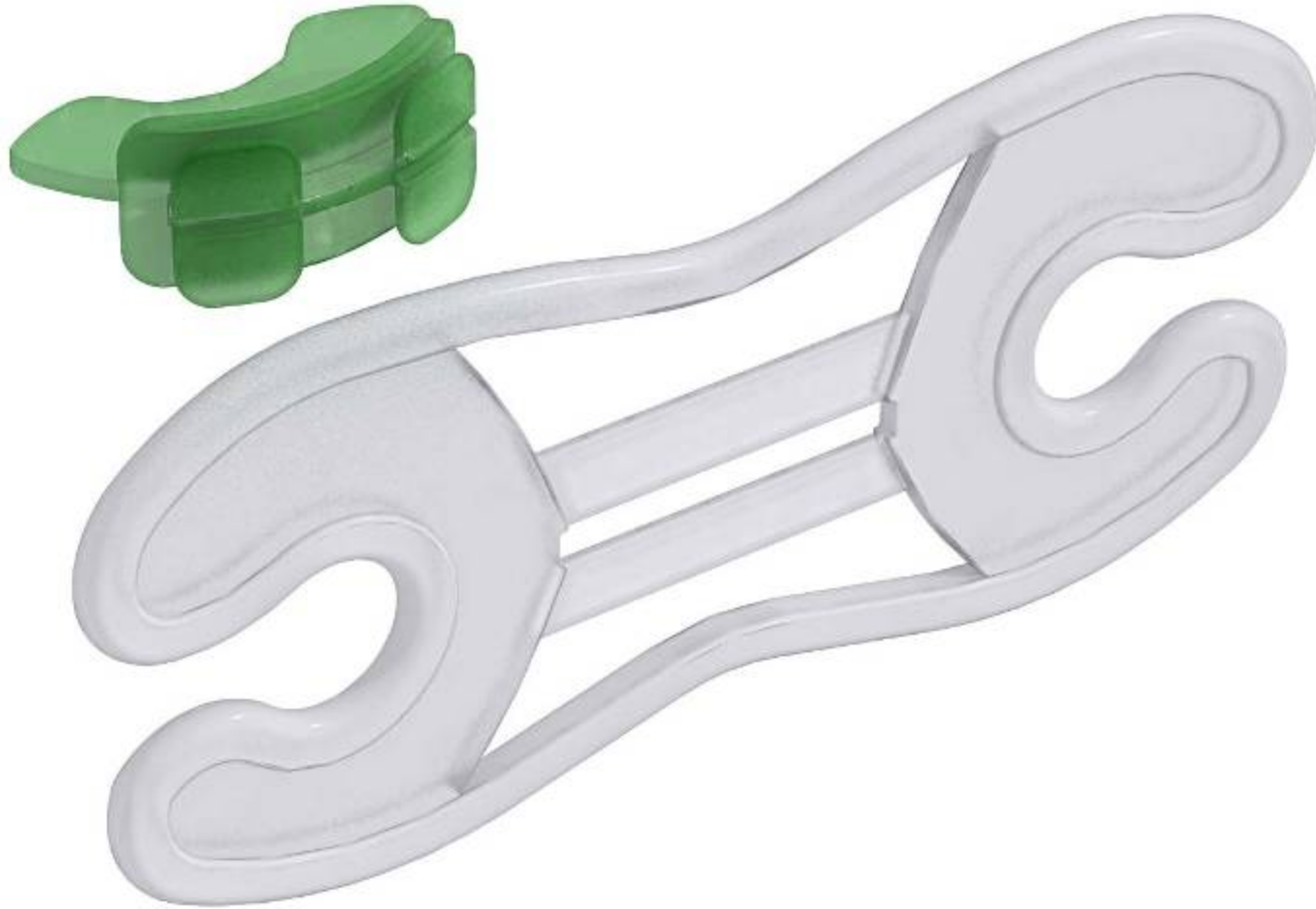


Anti-Bruxism Device

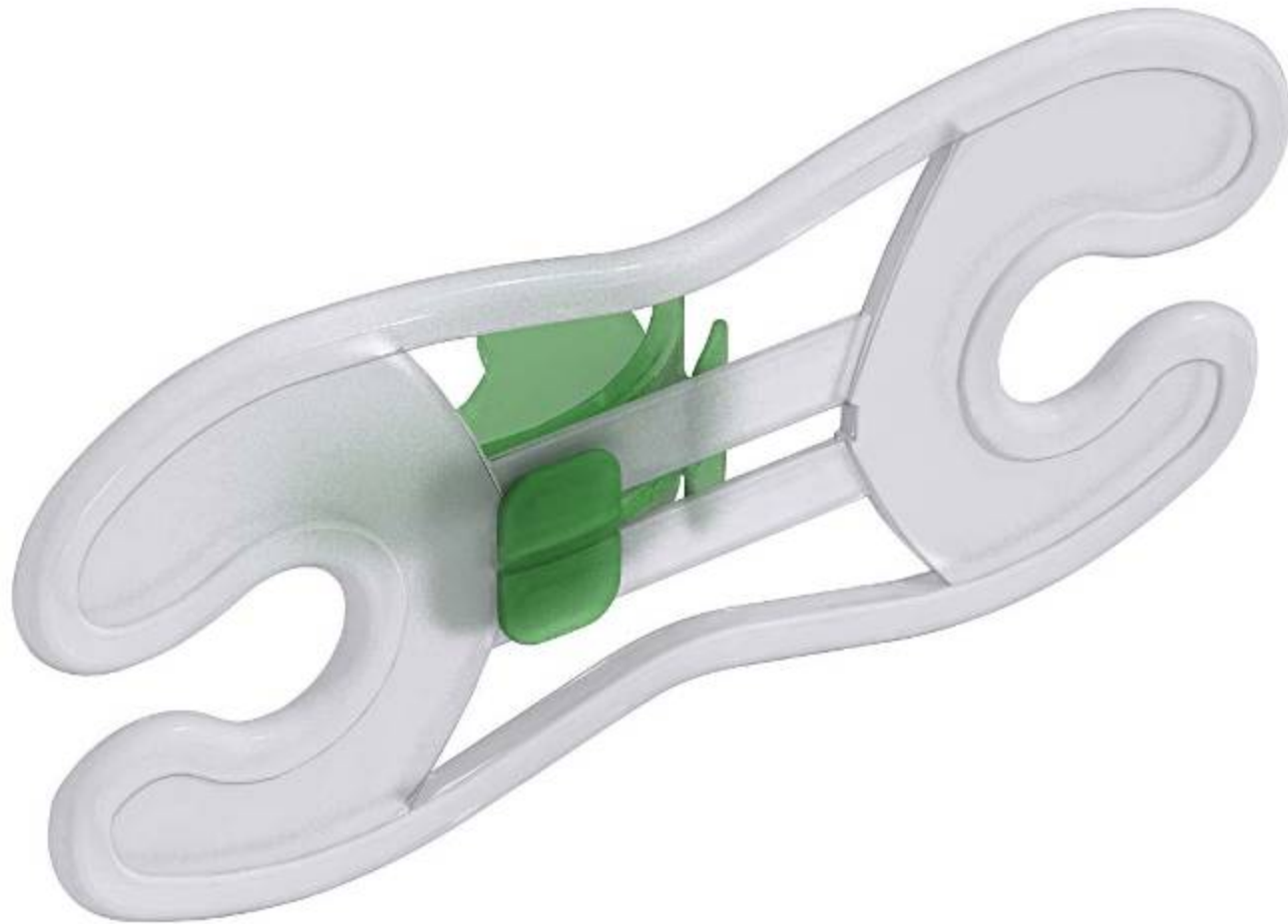




multifunction system



multifunction system



multifunction system

CLAVES PARA CONSEGUIR LA ESTABILIDAD

- Buen diagnóstico interdisciplinario
- Observación
- Ortodoncia Funcional - Ortofunciodoncia



Observar





Estabilidad









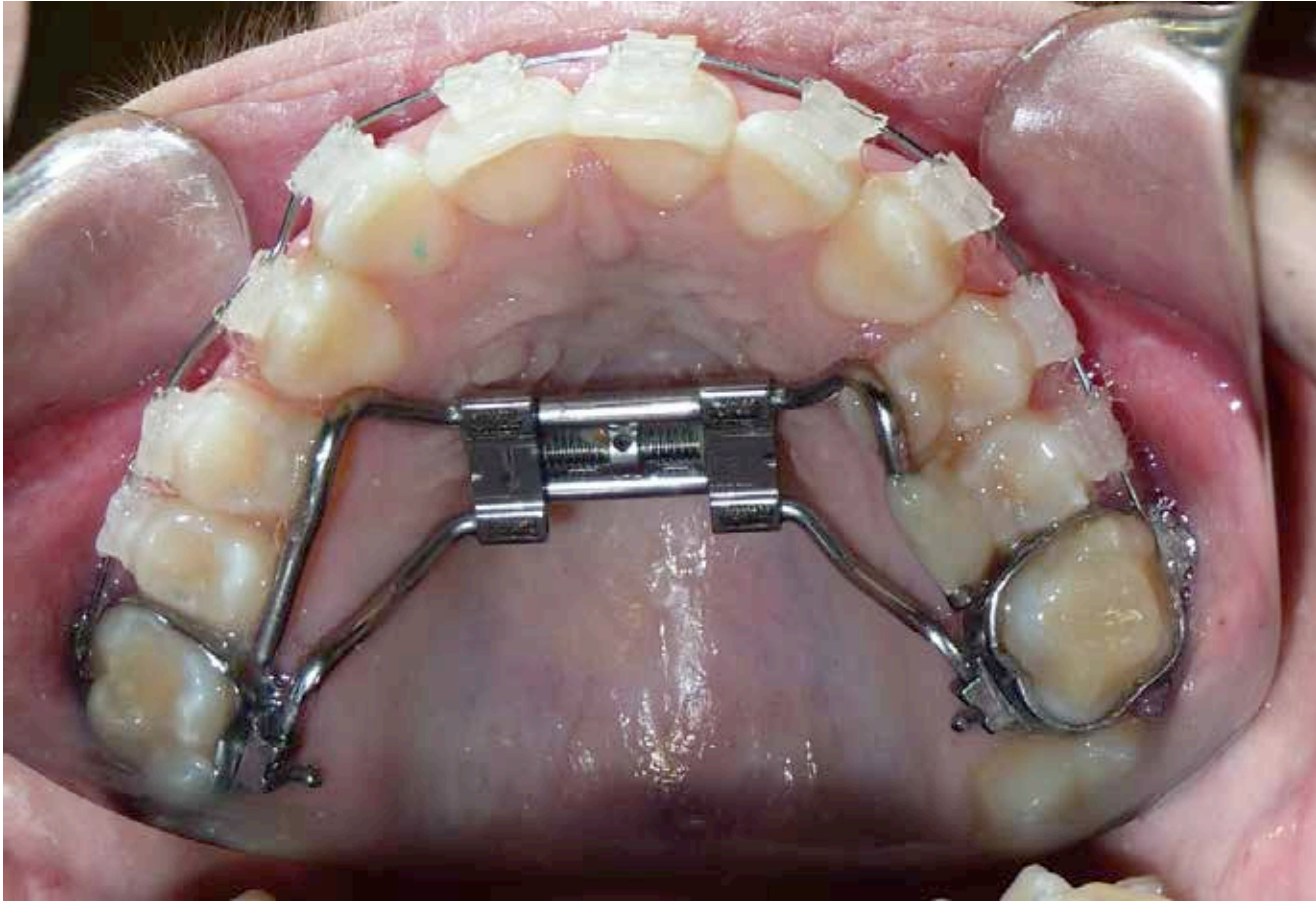


2015













- *Es necesario un equipo interdisciplinario para conseguir los objetivos y mantener la estabilidad tras un tratamiento ortodóncico.*

- *Conjunto de factores que intervienen en la estabilidad, no son estáticos, son dinámicos, continuos y cambiantes.*

Muchas gracias



Dra. Emma Vila Manchó