



XXIII Comunicaciones Científicas y Tecnológicas

Orden Poster: CM-012 (ID: 627)

Autor: Acevedo, Edgardo Daniel

Título: Ubicación Cefalométrica del Hueso Hioides en Pacientes Respiradores Bucales

Director:

Palabras clave: Hueso Hioides, Respirador Bucal, Ortodoncia, Cefalometría, Vértebras Cervicales

Área de Beca: Cs. De La Salud

Tipo Beca: Iniciación Tipo B

Periodo: 01/03/2016 al 01/03/2018

Lugar de trabajo: Facultad De Odontología

Proyecto: (12J002) Ubicación cefalométrica del hueso hioides en niños respiradores bucales diagnosticados clínicamente.

Resumen:

Introducción: El hioides es un único hueso "flotante", que no posee articulaciones óseas, ni relación de unión con las vértebras cervicales. Este hueso actúa como arco que nivela los músculos agonistas y antagonistas de la masticación y además es utilizado como referencia de la postura lingual. Su posición adquiere importancia en las disfunciones de la zona bucal faríngea y cervical, del respirador bucal. Este tipo de respiración produce alteraciones en la cadena kinésica que interviene en la masticación, deglución, fonación y respiración. Arbitrando funciones vitales como deglución respiración fonación y estabilidad en la posición postural de la cabeza. **Objetivo General:** Determinar cefalométricamente la posición del hueso hioides en pacientes respiradores bucales, diagnosticados clínicamente como tal. **Específico:** Determinar la altura del hueso hioides con respecto a C3 y el sentido del triángulo en pacientes respiradores bucales. **Materiales y Métodos:** La muestra estará integrada por 25 pacientes, seleccionados del Servicio de Ortodoncia de la F.O.U.N.N.E. (Facultad de Odontología de la Universidad Nacional del Nordeste). Previa explicación del trabajo de investigación al que fueron sometidas sus telerradiografías se solicitó al paciente y a los padres o tutores, firmar el consentimiento informado para su inclusión en la muestra. Se consideraron los siguientes criterios de inclusión: •Pacientes entre 9 y 11 años de edad, sin tratamiento previo de aparatología fija o funcional. •Pacientes que no superen al menos una de las siguientes pruebas clínicas de Glatzel, Rosenthal y reflejo narinario de Godin. **Técnica:** Se utilizó la Historia clínica reglamentaria de los Servicios de la Facultad de Odontología de la U.N.N.E. (Universidad Nacional del Nordeste). Donde se completó el ítem "Antecedentes personales relacionados a la mala oclusión". Posteriormente se tomaron las telerradiografías de rutina para el diagnóstico de anomalía del paciente bajo condiciones estandarizadas especiales (elementos complementarios necesarios para arribar a un diagnóstico ortodóncico). Para ello fué necesario realizar la derivación correspondiente al Servicio de Diagnóstico por Imágenes de la F.O.U.N.N.E. **Trazado cefalométrico:** a fin de determinar la correcta visualización de las telerradiografías a utilizar, las mismas han sido evaluadas en forma directa por dos operadores los que consideraron la calidad de imagen y la visualización de las partes constitutivas del hueso hioides y de las vías aéreas superiores. Se procedió a realizar el trazado anatómico de las estructuras a estudiar, abarcando huesos de la cabeza, las siete vértebras cervicales y hueso hioides. Se trazó la vertical pterigoidea y construyó el triángulo hioideo para determinar la ubicación espacial del hueso hioideo en relación a las vértebras cervicales tanto en sentido vertical como anteroposterior. Los datos recolectados fueron: la altura del triángulo hioideo (H-H1) expresada en milímetros; la distancia entre H- PTV también expresadas en milímetros y el sentido del triángulo hioideo en valores enteros positivos o negativos. **Resultados y Discusión:** A la fecha se han detectado 10 pacientes que cumplieron con los criterios de inclusión. Encontrando como resultados parciales un promedio de edades de 10,5 meses. La altura del triángulo hioideo fue de 1,7mm y la distancia promedio existente entre el H – PTV 0,7mm. Los valores máximos y mínimos de la altura del triángulo hioideo fueron de 12mm y -2mm respectivamente. Mientras que los valores máximos y mínimos para la distancia H-PTV fueron de 13mm y -8mm. Aún no se puede arribar a conclusiones finales.