



Caso X:

Ortodoncia y Prótesis en el Frente Incisivo Superior

DR. JAUME JANER SUÑÉ

AUTORES

Dr. Jaume Janer Suñé
Ortodoncista
www.janerortodoncia.com

Lluís Bellet Dalmau
Odontopediatra
Laboratorio Prótesis Julià
Barcelona



Introducción

Presentamos el **Tratamiento Multidisciplinar (TMD)** de un **traumatismo dental** del frente incisivo superior (FIS), con resultado de **pérdida de los dos incisivos centrales superiores** en un **adolescente**.

A diferencia del Caso VIII, que publicamos en mayo de este año –fractura radicular #11, fractura coronal del #21, espacio mayor del necesario y exodoncia posterior del #11 con el TMD planificado–, el paciente se nos remite con los dos centrales perdidos 22 meses antes –y su correspondiente pérdida ósea alveolar–, un removible y el espacio para los centrales ausentes deficiente.

Insistimos en que la **pérdida de los incisivos centrales superiores** en la niñez o primera adolescencia plantea uno de los **desafíos dentales** más complejos que se presentan en la odontología. Debe quedar claro desde el inicio del tratamiento, especialmente para el paciente y sus padres, (1) que el objetivo principal es rehabilitar la sonrisa, (2) que la ortodoncia creará las condiciones adecuadas de espacio mesio-distal y de oclusión de las arcadas dentales, (3) que las diferentes intervenciones del tratamiento multidisciplinar **se extenderán en el tiempo durante años**, (4) que el paciente requerirá **diferentes soluciones protésicas** durante todo el periodo de tratamiento y (5) que la **principal limitación** será el manejo de **los tejidos blandos**.

En definitiva, son pacientes multidisciplinarios que **pasarán años acudiendo a nuestras clínicas** a medida que se desarrollan esqueléticamente, y en los que la secuencia y coordinación de las diferentes intervenciones resulta fundamental.

Tratamiento

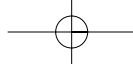
La **armonía en la sonrisa** requiere de un **frente incisivo superior** que cumpla con el mayor número posible de los siguientes **requisitos**: (1) festoneado del margen gingival nivelado con la presencia de papilas gingivales y una exposición gingival al sonreír adecuada, (2) dientes con forma, tamaño, número, color y simetría con sus homólogos contralaterales apropiada, (3) alineamiento dental y (4) una arcada dental redondeada y no comprimida.

La **sonrisa** del paciente, en el momento de la fase diagnóstica del TMD, estaba seriamente **hipotecada** por la ausencia de dos de los dientes capitales que conforman la armonía de la sonrisa y por la imposibilidad de camuflarla protésicamente por la insuficiencia de espacio. El paciente se sentía **limitado socialmente** por la apariencia pobre de su sonrisa y **ánimicamente** por la dependencia del aparato removible.

Por ello, el **objetivo principal del TMD** para el paciente que presentamos era darle una sonrisa lo más natural posible y eliminar la dependencia de una prótesis removible durante años –hasta los 18-20 años. Y para conseguirlo era necesario (1) crear el espacio adecuado para el #11 y el #21 y (2) proporcionarle una solución protésica fija reversible

Espacio en los incisivos centrales. La deficiencia de espacio para la rehabilitación protésica de los dos incisivos centrales ausentes era de 6 mm. ¿Cómo conseguirlos? Veamos alternativas:

- Expansión dentoalveolar: suele ser una buena alternativa cuando las arcadas dentales están comprimidas, lo que no ocurre en este paciente.



- Vestibulización de los incisivos: debe tenerse en cuenta la ganancia en perímetro de arcada al proclinar unos incisivos lingualizados. Si trazamos un incisivo central “imaginario” sobre la telerradiografía de perfil en relación con el incisivo lateral, se observará que su inclinación está dentro de la normalidad. Por lo tanto, no se aplica en este caso. Además, si se aumentara complicaría más la rehabilitación protésica final sobre implantes: la pérdida de reborde alveolar condicionará la posición anteroposterior de los incisivos centrales protésicos futuros –hueso más posterior–, a pesar de ser aumentada en el momento de la colocación de los implantes.
- Distalización de molares superiores: a priori era una buena alternativa que no se consideró porque el paciente no iba a colaborar.
- Exodoncias dentales: en presencia de simetría dental, las exodoncias de premolares por falta de espacio no pueden ser unitarias. Las exodoncias de dos premolares darían un espacio de 15 mm, mucho más de lo requerido para los centrales y, debido al apiñamiento moderado de la arcada inferior, conllevaría también las exodoncias de dos premolares inferiores.

Ortodoncia. Se recurrió a exodoncias de los primeros premolares superiores y segundos inferiores para (1) crear el espacio para los incisivos centrales superiores, (2) eliminar el apiñamiento inferior sin proclinar los incisivos inferiores y (3) corregir la Clase II canina. Así pues, lo más significativo de la ortodoncia era (1) crear espacio para los incisivos centrales superiores a partir de las exodoncias dentales, (2) mantener la posición anteroposterior de los incisivos superiores e inferiores con el objetivo de no reducir el volumen del tercio inferior facial y (3) paralelismo de las raíces de los incisivos laterales superiores al final del tratamiento. El movimiento ortodóntico se realizó “quemando” anclaje en ambas arcadas. La mecanoterapia de la arcada inferior fue por delante de la superior, ya que la velocidad del cierre de los espacios residuales en dicha arcada después del alineamiento dental iba a ser mucho más lenta.

Prótesis. Inmediatamente después de la ortodoncia, el paciente recibió una prótesis removible temporalmente hasta (2) la confección de una prótesis de Maryland de canino a canino superior. Resulta la mejor solución en estos casos a pesar de sus limitaciones, especialmente su potencial despegamiento y la prematuridad de contactos con los incisivos inferiores, porque es fija y prácticamente no se reduce la estructura dental. En el futuro, a partir de los 20 años de edad, el paciente podrá reemplazar la prótesis de Maryland por otra soportada sobre dos implantes para sendos incisivos centrales: (1) su línea de sonrisa será aún más baja –no mostrará los márgenes gingivales–, (2) liberará a los incisivos laterales y al canino de soportar la prótesis de Maryland –más transparencia dental, salud gingival– y (3) se eliminarán los inconvenientes de la prótesis de Maryland.

Resumen: se realizó (1) exodoncias de cuatro premolares: los primeros superiores y los segundos inferiores, (2) ortodoncia, (3) prótesis removible y (4) prótesis fija temporal de Maryland.

Disciplinas: Ortodoncia y Prótesis.

FICHA CLÍNICA

Paciente

- Edad: 12,5.
- Inicio Ortodoncia: 9-93.
- Principal preocupación: “estética y funcional”.

Resumen diagnóstico

- Mesofacial · Perfil armónico · Línea sonrisa baja (2) · Sonrisa pobre (4)
- Arcada dental superior: Mutilación dental #11 y #21 · Apiñamiento (3) –deficiencia de espacio de 6 mm– · Prótesis removible –incisivos centrales solapados–.
- Arcada dental inferior: Apiñamiento (2) · Curva Spee (2) · Corona metálica #36.
- Líneas medias dentales: inferior centrada, superior, no determinable.
- Clase I esquelética, C II dental (1,5) · Resalte = no determinable.
- Frente incisivo superior (FIS): festoneado gingival desnivelado (3).
- Periodoncia: higiene pobre.
- ATM: Máxima apertura interincisal (48) · Diferencia CO/CR < 0,5 mm. · Asintomática.

Tratamiento recomendado –ortodoncia y prótesis dental

Objetivos TM: rehabilitar el frente incisivo superior: crear el espacio adecuado para la rehabilitación protésica del #11 y #21 + alineamiento dental inferior + Clase I de Angle canina + coordinar las arcadas dentales con exodoncias de cuatro premolares.

Aparatología: multibrackets + elásticos.

Duración aproximada: 22 meses.

Retención: indefinida, fija, en la arcada inferior con arco lingual.

Posibles limitaciones: prótesis final de Maryland · Corona metálica #36.

Secuencia y coordinación globales del tratamiento

1. **Revisión dental:** Inicial y periódicas –cada 10 meses.
2. **Higiene dental y profilaxis:** Inicial y periódicas –cada 10 meses–.
3. **Dentistería:** “cavidad” vestibular en corona #36 obturada con composite.
4. **Exodoncias:** 4’s superiores y 5’s inferiores.
5. **Ortodoncia**
6. **Reevaluación:** espacio adecuado para #11 y #21.
7. **Final ortodoncia + retención**
8. **Prótesis I:** removible #11 y #21.
9. **Prótesis II**

Tipo Maryland de #13 a #23°.
Corona metal cerámica #36.

Resultados obtenidos con el TM

Espacio adecuado para la rehabilitación protésica tipo Maryland del frente incisivo superior –#11 y #21– + alineamiento dental inferior + arcadas dentales coordinadas, en 22 meses.

* Se eliminó el soporte en el #13

(1) ligero, (2) moderado, (3) marcado, (4) severo.



ortodonciamultidisciplinaria

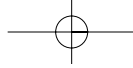
Comentarios

- La **armonía en la sonrisa** requiere de un **frente incisivo superior** que cumpla con el mayor número posible de los siguientes **requisitos**: (1) festoneado del margen gingival nivelado con la presencia de papilas gingivales y una exposición gingival al sonreír adecuada, (2) dientes con forma, tamaño, número, color y simetría con sus homólogos contralaterales apropiada, (3) alineamiento dental y (4) una arcada dental redondeada y no comprimida.
- La **pérdida por traumatismo de los incisivos centrales superiores** en la niñez o primera adolescencia plantea uno de los **desafíos dentales** más complejos que se presentan en la odontología. La **principal limitación** será el **manejo de los tejidos blandos** cuando la línea de sonrisa es alta.
- Son pacientes que se sienten **limitados socialmente** por la apariencia pobre de su sonrisa y **ánimicamente** por la dependencia del aparato removible.
- Pasarán **años acudiendo a nuestras clínicas** a medida que se desarrollan esqueléticamente, por lo que la **secuencia y coordinación** de las diferentes intervenciones resulta fundamental.
- Su **rehabilitación temporal** con **prótesis de Maryland** es la solución "menos mala" a pesar de sus limitaciones –especialmente su potencial despegamiento y la prematuridad de contactos con los incisivos inferiores–, porque es **fija** y prácticamente no se reduce la **estructura dental**. ●

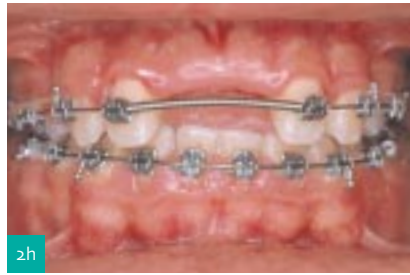


Fig. 1. Visión general, situación inicial: sonrisa (a), oclusión (b) y arcada superior (c).



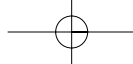


ortodonciamultidisciplinaria



60

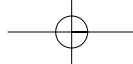
Fig. 2. Oclusión dental antes del TMD con (a-c) y sin (d-f) la prótesis removible, (g-i) durante la ortodoncia, (j-l) después de la ortodoncia, (m-ñ) con la prótesis de Maryland y (o-q) dos años después de finalizado el TMD.



ortodonciamultidisciplinaria



Fig. 3. Arcada superior antes del TMD con (a) y sin (b) la prótesis removible, (c) durante la ortodoncia, (d) después de la ortodoncia, (e) con la prótesis de Maryland y (f) dos años después de finalizado el TMD.



ortodonciamultidisciplinaria

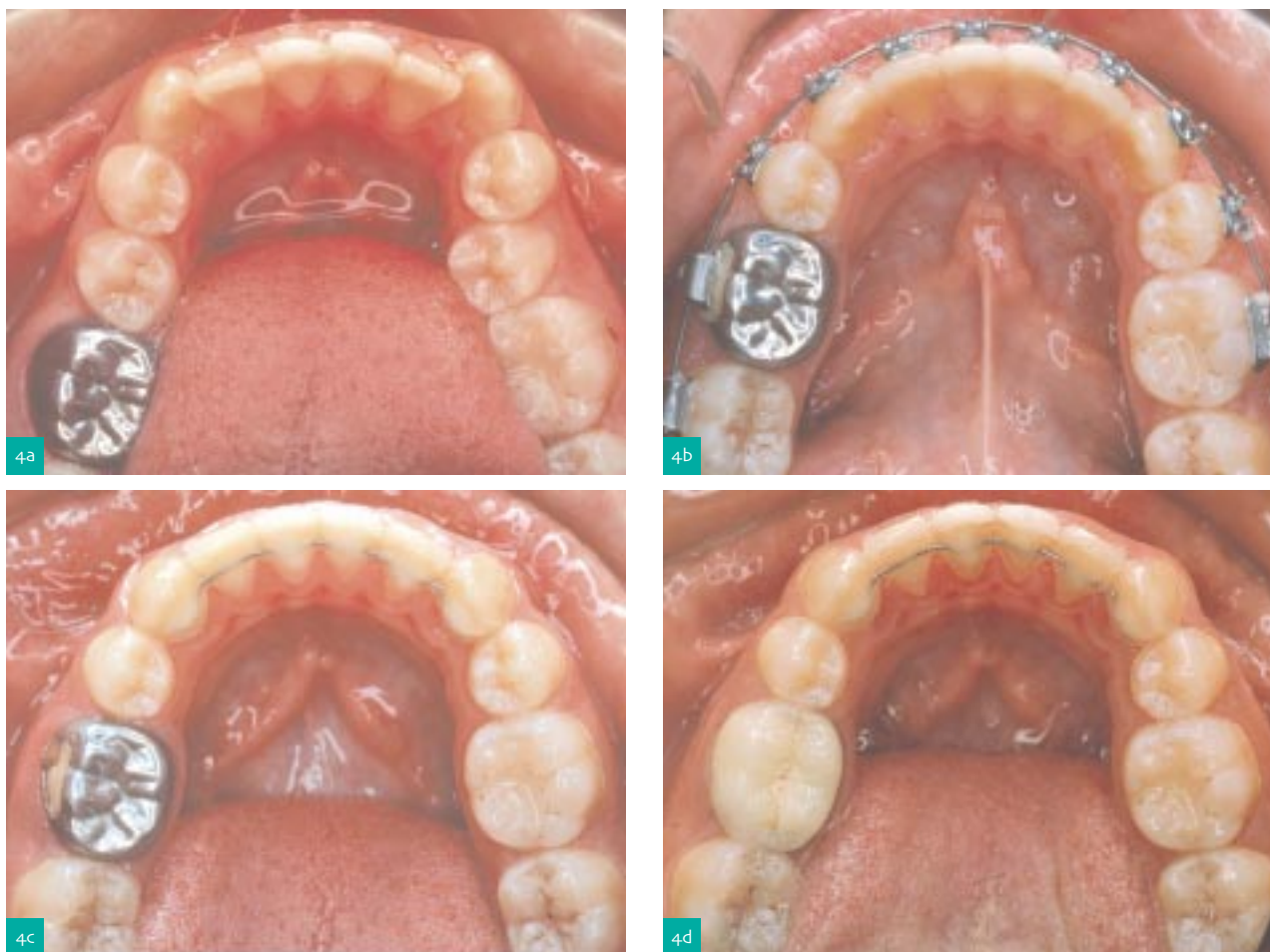


Fig. 4. Arcada inferior: antes del TMD (a), durante la ortodoncia (b), después de la ortodoncia (c) y dos años después de finalizado el TMD (d).

64

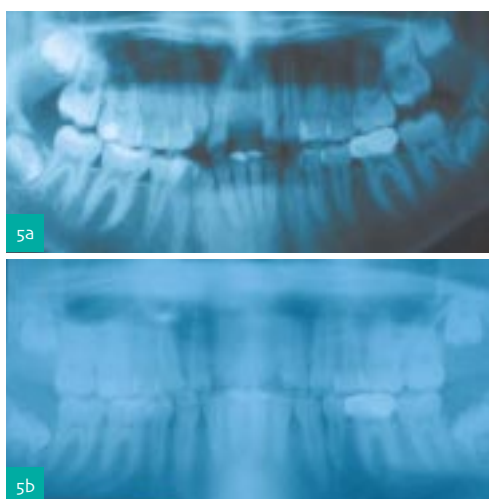


Fig. 5. Ortopantomografías antes (a) y después (b) de la ortodoncia.

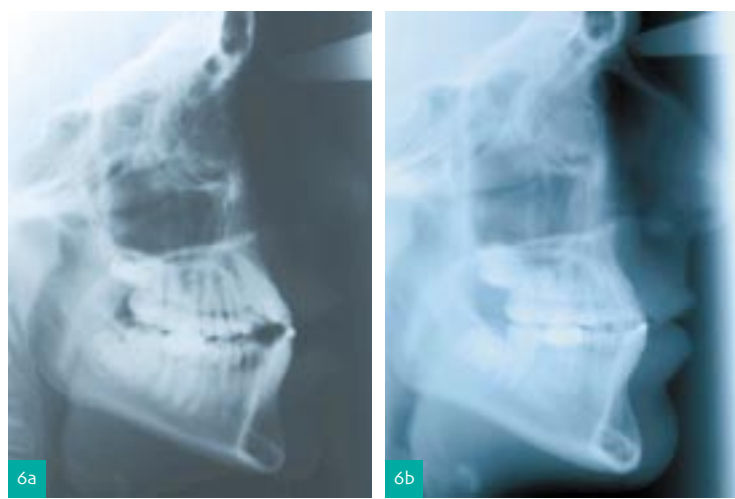
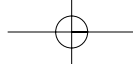


Fig. 6. Telerradiografías antes (a) y después (b) de la ortodoncia.



ortodonciamultidisciplinaria



Fig. 7. Frente incisivo superior (a) y relación incisal -visión caudal- (b) después del TMD.

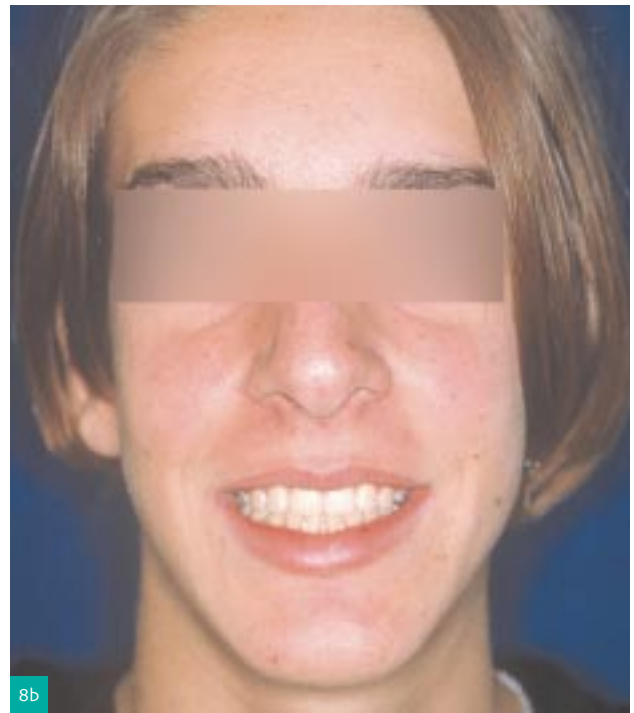
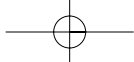


Fig. 8. Sonrisa y oclusión dental después de la ortodoncia, con (b y d) y sin (a y c) la prótesis removible.



ortodonciamultidisciplinaria

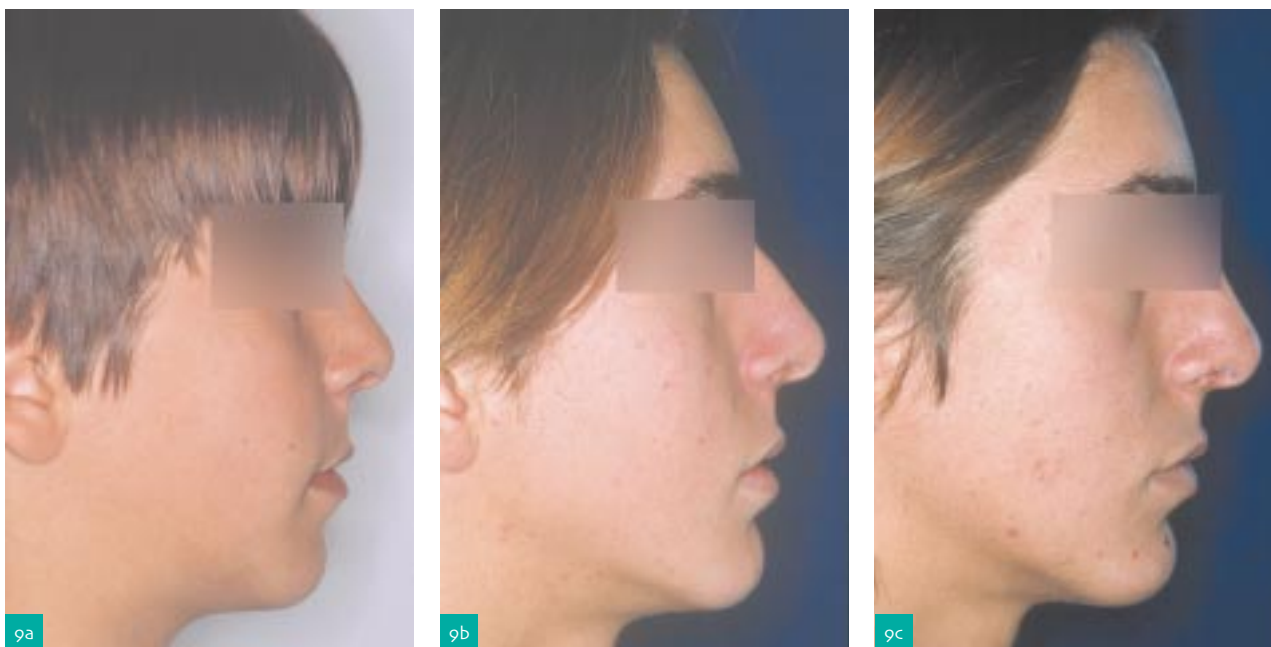


Fig. 9. Perfil facial antes (a) y después (b) del TMD y (c) dos años después.

68

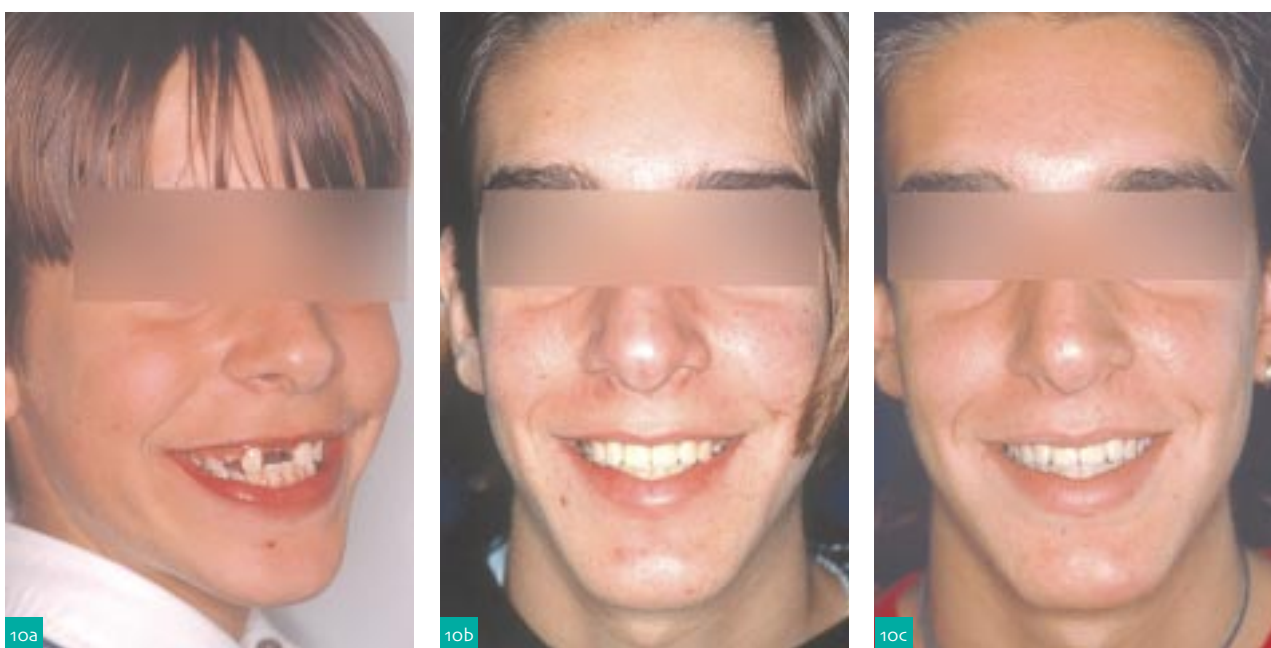


Fig. 10. Sonrisa antes (a) y después (b) del TMD y (c) dos años después.