



Caso I:

Ortodoncia, Cirugía Ortognática e Implantológica, Prótesis, Periodoncia, Dentistería

DR. JAUME JANER SUÑÉ



AUTORES

Dr. Jaume Janer Suñé

Estomatólogo.

Posgrado en Ortodoncia. Universidad de Pensilvania. USA.

Board Diplomado - ABO.

www.janerortodoncia.com/formacioncontinuada

Dr. Federico Hernández Alfaro

Cirujano maxilofacial.

Board Europeo de Cirugía.

Dr. José Antonio Ferrándiz Esteve

Estomatólogo.

Posgrado en Prótesis. Universidad de Tufts. USA.

Dr. Antonio Santos Alemany

Estomatólogo.

Máster en Periodoncia. Universidad de Tufts. USA.

Board Diplomado - AAP.

Barcelona.

Introducción

Para conocer de antemano la extensión y la complejidad del **tratamiento interdisciplinario** de nuestro paciente, deberemos confeccionar una **lista de los problemas** que presenta y las **soluciones específicas** a los mismos. A partir de aquí, las diferentes disciplinas coordinarán y secuenciarán todas las acciones que deban llevarse a cabo para conseguir el **resultado global final** deseado, y visualizado de antemano.

El resultado final del tratamiento multidisciplinar debe buscar, en definitiva, la **solución global** tanto para la **boca** como para la **cara** de la paciente y contemplar (a) la **función**, mediante la obtención del mayor número de contactos oclusales posibles –cerrando la mordida y eliminando el resalte– y la restauración de los dientes posteriores perdidos, (b) la **estética**, para la “adquisición” de una sonrisa armoniosa y de unas proporciones faciales armónicas y, (c) la **durabilidad** de los resultados obtenidos.

En ocasiones, las **soluciones específicas** a problemas diferentes son **incompatibles entre sí**, ya sea porque el tratamiento de un problema complica la resolución de otro o porque el objetivo que persigue un tratamiento determinado no está contemplado por el paciente. En estos casos, deberá escogerse el tratamiento que mejor encaje en el proyecto global.

No suele ser fácil explicar a un paciente clínicamente complejo “lo que tiene” –la lista de problemas, que describe ordenadamente las alteraciones que presenta–, y “el cómo se resuelven” –las soluciones viables a dichos problemas–. Por otro lado, lo que realmente hace que un paciente lleve a cabo un tratamiento de envergadura es que nos ganemos su **confianza**. Y la mejor manera de empezar a generar confianza con nuestro potencial paciente es dándole **información** inteligible. El símil de las “**rehabilitaciones de edificios**” resulta tremendamente útil para este propósito: “diferentes industriales trabajando coordinadamente sobre un proyecto común”. Los pacientes empiezan a entender el porqué de intervenir varios dentistas, la necesidad de un proyecto único, así como la figura del coordinador.

Tratamiento

Se realizó un **tratamiento multidisciplinario extenso**, que incluyó casi todas las áreas de la odontología. Lo que equivale a decir que el camino para llegar al objetivo final era, si cabe, tan importante como el resultado.

Recordemos que, en los **tratamientos combinados de ortodoncia y cirugía ortognática**, ésta se lleva a cabo durante el tratamiento de ortodoncia. Y la ortodoncia, en estos casos, trata las arcadas dentales independientemente, puesto que será la cirugía la que las coordinará.

Con la odontología conservadora en marcha y el tratamiento y mantenimiento periodontal encauzado, quedaba por decidir (a) la **extensión de la cirugía ortognática** y (b) el **cuándo se colocaban los implantes** en relación con la ortodoncia; es decir, antes, durante –coincidiendo con la cirugía de los maxilares– o después.

Sobre el primer punto, si bien era claro durante la planificación del tratamiento que la cirugía implicaría a los dos maxilares –mordida abierta y Clase II esquelética con gran resalte–, la duda radicaba en si era conveniente expandir quirúrgicamente el maxilar superior. Recordemos que el maxilar superior era moderadamente “estrecho” en relación con la mandíbula, aunque quedaba enmascarado por la ausencia de dientes posteriores.

La **expansión quirúrgica no asistida del maxilar superior** implica que el maxilar, además de la osteotomía del LeFort, debe ser **segmentado** en varias piezas. Ocurre que dos de las osteotomías para dividirlo pasan entre las raíces del canino y del primer premolar, y aquí radicaba el **conflicto**: ¿cómo afectarían los cortes óseos al soporte óseo periodontal de los dientes vecinos? ¿la magnitud de la diferencia de anchura de los maxilares justificaba segmentar el maxilar? ¿qué cambios dentales transversales se obtendrían con la ortodoncia? ¿podría la

prótesis ayudar a camuflar la discrepancia transversal entre ambas arcadas?

Lo más importante era que, con toda probabilidad, las **osteotomías** entre caninos y premolares comportarían una **pérdida de soporte óseo** de estos dientes. Por otro lado, contábamos con ganar anchura (a) en la zona anterior de la arcada con la ortodoncia –un cambio estrictamente dental– y (b) en la posterior, angulado de los implantes. Así pues, después de valorar los pros y los contras, se decidió no segmentar.

Sin lugar a dudas, los **implantes debían colocarse durante la cirugía** de los maxilares: (1) no interferían con la cirugía de los maxilares, (2) eran extremos posteriores cuya extensión ya no variaría después de la cirugía de los maxilares –los dientes por delante de ellos ya habían sido ubicados tridimensionalmente en una posición estable con la ortodoncia– y (3) implicaba realizar un solo acto quirúrgico.

Resumen: se realizó (1) un tratamiento periodontal –para la periodontitis, además de un injerto de encía libre en el #43–; (2) dentistería para las caries; (3) ortodoncia con exodoncia del #33 –apiñamiento–; (4) cirugía de ambos maxilares combinada con la colocación de implantes en dos cuadrantes, y (5) prótesis en los cuatro cuadrantes posteriores.

Disciplinas: ortodoncia, cirugía ortognática e implantológica, prótesis, periodoncia, dentistería.

FICHA CLÍNICA

Paciente

Edad: 39.

Inicio ortodoncia: abril 98.

Resumen diagnóstico

- Dolicofacial (4) · Tercio facial inferior largo (cara larga) · Sonrisa gingival (2) · Sonrisa pobre (3) · Incompetencia labial.
- Espaciamiento dental superior anterior (1) · Mutilación dental #15, #25, #26, #27.
- Apiñamiento dental inferior anterior (3) · Mutilación dental #45, #46, #47.
- Líneas medias dentales: inferior desviada 2 mm a la derecha · Maxilar superior comprimido D + E.
- Clase II E (2,5) –por rotación horaria mandibular–, C II D canina izquierda (1) · Resalte (OJ) = 13,8 mm.
- Mordida abierta D + E (3/4) –exceso vertical del maxilar superior (VME)– · Plano oclusal superior en dos niveles.
- Perio: periodontitis (3) con pérdida de soporte óseo radicular entre 30 y 40% en algunas piezas · Exposición radicular #33, #34 (3).
- Otros: Caries · Restauraciones dentales previas.

Tratamiento recomendado: ortodoncia, cirugía, prótesis, periodoncia y dentistería

- **Objetivos:** sonrisa atractiva · alineamiento dental cerrando los espacios interdentes + cerrar la mordida + eliminar el resalte dental + redondear arcada superior + nivelar el plano oclusal superior + armonizar las proporciones faciales –frente y perfil faciales– + coordinar las arcadas dentales.
- **Aparatología:** multibrackets + elásticos.
- **Duración aproximada ortodoncia:** 22.
- **Retención:** indefinida, fija, con arcos linguales por detrás de los dientes anteriores.
- **Posibles limitaciones:** magnitud de las discrepancias dentales y esqueléticas · Correspondencia transversal de las arcadas dentales · Relación incisal final · Línea media dental inferior · Cirugía ortognática.

Secuencia y coordinación con el dentista

• Preortodoncia

Tratamiento caries (1) Y revisiones dentales periódicas –cada 8 meses–.

• Periodoncia (2)

Tratamiento periodontitis.

Injerto encía libre #34.

Monitorización periodontal cada 6 meses.

Higienes periódicas.

• Exodoncias (3) #33, #38.

Corona #36 (4) con bracket incorporado.

• Ortodoncia (5)

• Cirugía ortognática e implantológica (6)

Bimaxilar, con impactación del maxilar superior y avance mandibular y rotación antihoraria del plano oclusal.

Implantes: segundo y cuarto cuadrantes.

• Final ortodoncia + retención (6)

• **Nota:** se removió la fijación quirúrgica de la osteotomía mandibular izquierda.

• Prótesis (7)

Segundo y cuarto cuadrantes, sobre implantes, con exodoncia del #48 no planificada.

Primer y tercer cuadrantes, convencional.

Resultados obtenidos

Sonrisa atractiva + alineamiento dental sin espacios + resalte y sobremordida resueltos en un 95% + arcada dental superior redondeada + nivelación del plano oclusal superior + coordinación de las arcadas dentales + armonización facial, con exodoncia del canino inferior izquierdo, en 17 meses.

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



Comentarios

En los **casos complejos** debemos primero redactar la **lista de problemas** y, a continuación, escribir la **solución específica** a cada uno de ellos.

Los pacientes con malas oclusiones dentales, sonrisas pobres, desarmonías faciales y patología periodontal buscan una **solución global** para su boca y cara que contemple la **función**, la **estética** y la **durabilidad** de los resultados obtenidos.

Los **tratamientos monodisciplinarios** no suelen ser efectivos en los casos complejos –nuestra paciente–: un tratamiento periodontal exclusivo no conseguiría mantener esta-

bles los dientes anteriores, ni la ortodoncia podría cambiar el tamaño de los maxilares, como tampoco la cirugía podría coordinar los maxilares si las arcadas dentales y los dientes que las componen no estuvieran en condiciones.

Estos pacientes entienden mejor los tratamientos que les planteamos cuando recurrimos a compararlos con la **“rehabilitación de un edificio”**: diferentes industriales deben intervenir de manera coordinada siguiendo un plan previamente establecido que lleve a un resultado previamente “visualizado”.

Cuando las condiciones lo permiten, resulta tremendamente beneficioso colocar los **implantes durante la cirugía de los maxilares**.



Frente y perfil faciales antes del tratamiento.

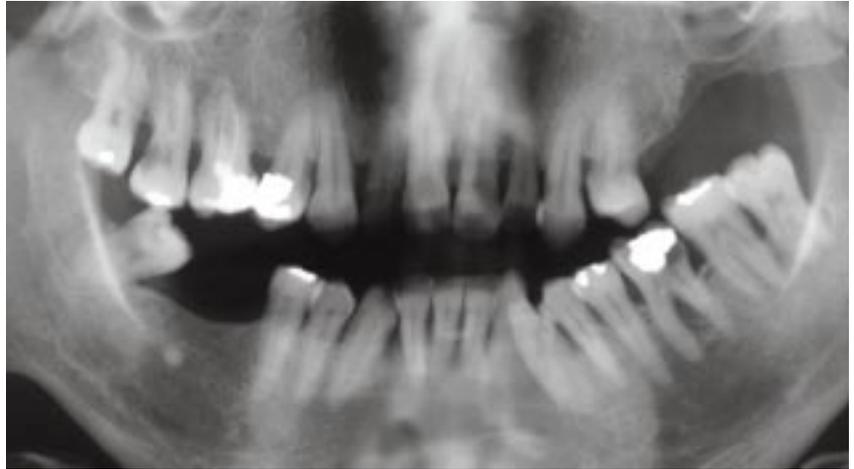
38



Oclusión dental antes del tratamiento.



Arcadas dentales superior e inferior antes del tratamiento.



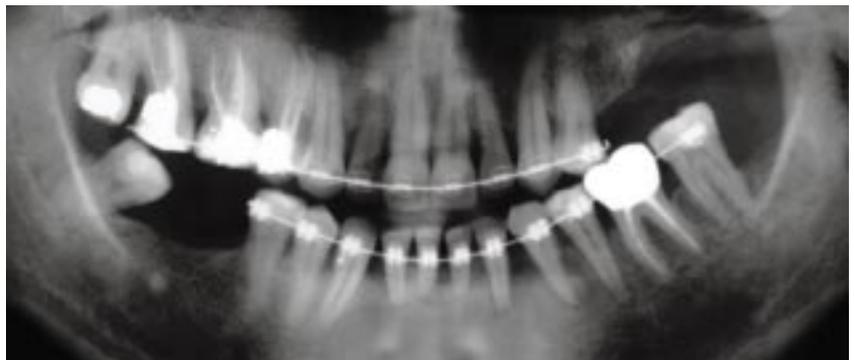
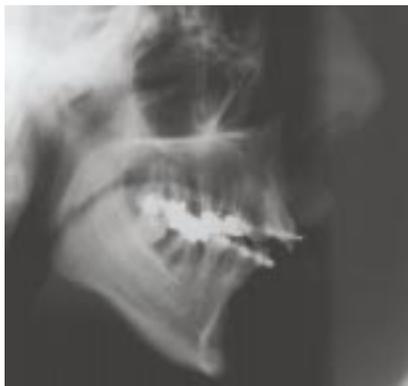
Telerradiografía y panorámica antes del tratamiento.



Oclusión dental antes de la cirugía.



Arcadas dentales superior e inferior antes de la cirugía.



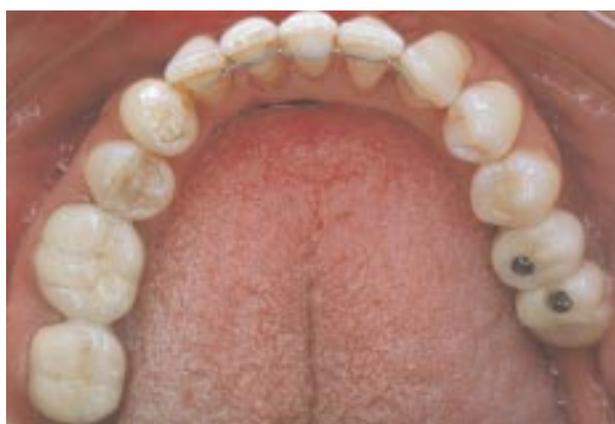
Telerradiografía y panorámica antes de la cirugía ortognática e implantológica.



Frente y perfil faciales después del tratamiento.



Oclusión dental después del tratamiento.



Arcadas dentales superior e inferior después del tratamiento.



Telerradiografía y panorámica después del tratamiento.



Sonrisa antes y después del tratamiento.



Detalle de la sonrisa después del tratamiento.