

Ortodoncia multidisciplinaria

Caso XXII (y parte II) Ortodoncia, cirugía, periodoncia mucogingival, implantología y prótesis

Dr. Jaume Janer

AUTORES

Dr. Jaume Janer. Ortodoncia.
Clínicas Ortodoncias (coordinador).
www.janerortodoncia.com

Dr. Federico Hernández Alfaro.
Cirugía ortognática.

Dr. Antonio Santos Alemany.
Periodoncia mucogingival e implantes.

Dr. Joan Amores Amores. Prótesis.

Andrés Maíquez Basa. Técnico de laboratorio.
Barcelona.



Introducción

Presentamos el **Tratamiento Multidisciplinar (TMD)** de una paciente de **30 años** con: (1) un **canino superior bloqueado** parcialmente fuera de su arcada, (2) **maxilar superior comprimido**, (3) **recesiones gingivales** múltiples y (4) un **molar inferior** con mal pronóstico. Antes de explicar el TMD, hacemos un rápido repaso del manejo de los **maxilares comprimidos** y de las **recesiones gingivales**, en adultos.

Por la extensión del TMD y de los temas asociados, presentamos el caso en **dos artículos consecutivos** –enero y febrero de 2009– En los dos se han incluido la ficha clínica así como imágenes iniciales y finales del caso.

Recesiones gingivales –RG–

En los adultos, los dientes más frecuentemente afectados por **recesiones gingivales** son los **caninos**, superiores e inferiores, bloqueados parcial o completamente fuera de su arcada, y los **incisivos inferiores** apiñados y vestibulizados. El injerto gingival para cubrir una recesión se realizará antes, durante o después de la ortodoncia:

- Antes: cuando (1) el/los dientes afectados van a ser “movidos” sensiblemente con la ortodoncia, (2) aumentaremos su proclinación –incisivos inferiores– y (3) cuando la RG se acompañe de gingivitis.
- Durante: generalmente, cuando aparece la recesión durante la ortodoncia, especialmente en los incisivos inferiores .
- Después: cuando se prevé que los dientes en riesgo o ya afectados no van a empeorar por la acción de la ortodoncia.

La **cirugía mucogingival es efectiva para reducir la RG** aunque el porcentaje de raíz que se cubre varía para una misma técnica y entre técnicas diferentes.

En los pacientes de ortodoncia con RG o riesgo de desarrollarla se preferirán los injertos libres de encía –con epitelio o conectivos– a los pediculados, ya que el grosor de encía ganado es mayor.

Los **injertos libres –con epitelio–** es mejor reservarlos para la **arcada inferior**, ya que la ausencia de corresponden-



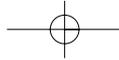


Fig. 1, a-d: Situación inicial, antes del TMD: (a) sonrisa, (b) detalle de la sonrisa, (c) FIS y (d) oclusión, vista frontal.

cia de color entre la zona donadora y la receptora no tiene consecuencias estéticas –cubierta por el labio y las mejillas–.

Vale la pena señalar que utilizando **arcos superelásticos y brackets de autoligado de baja fricción** podremos mover los dientes –durante la fase inicial de alineamiento– con unas fuerzas realmente más ligeras y, por ende, más cuidadosas con el soporte periodontal. Y esto, a su vez, puede que permita realizar la expansión de las arcadas y proclinar los dientes sin causar reabsorción sino remodelación ósea.

Tratamiento

El interés del nuevo **TMD** que presentamos en este número radica en cómo crear una sonrisa atractiva con los dientes bien alineados en una paciente con las recesiones gingivales múltiples sin “estropear” la cara.

Las **exodoncias dentales** estaban **contraindicadas** por el hundimiento de los labios que comportarían. Sólo con extracciones superiores no solventaríamos el problema: incrementaríamos la discrepancia transversal y crearíamos otra de anterior-posterior.

La mejor opción pasaba por **expandir el maxilar superior** (SARPE) para eliminar la mordida cruzada, crear espacio para el canino superior derecho –que permite enderezarlo– y ensanchar la sonrisa.

Se escogió hacer los **injertos de encía**, en especial el del canino superior derecho, después de la ortodoncia con SARPE por varias razones:

- La expansión del maxilar superior no se hacía empujando los dientes contra su tabla externa sino separando ambos máxi-

lares previamente debilitados: los aparatos no ejercerían fuerza sobre los dientes ni éstos, a su vez, sobre el hueso.

- La expansión del maxilar superior iba a crear mucho espacio en la arcada “antes” de alinear los dientes: no se forzaba a los dientes a alinearse en una arcada sin el espacio apropiado, sino que eran distribuidos en uno mayor previamente creado.
- Las recesiones eran “frías”, sin inflamación.
- El trabajo ortodóntico a realizar en la arcada inferior era muy limitado.

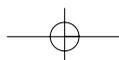
Periodoncia e implantología

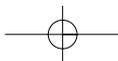
La secuencia de injertos y de la rehabilitación del 46 fue la siguiente:

- Exodoncia del 46 más injerto libre de encía en 43 y 44.
- Colocación de implante en 46: 11,5 x 3,75 con pilar de 3 mm de altura y aplicación de xenoinjerto (Bioss) y membrana de colágeno en vestibular por defecto en anchura del reborde alveolar.
- Injerto subepitelial de tejido conectivo en 13.
- Injerto gingival libre en 33-35.
- Colocación de corona 46.

Resumen: se realizó (1) inicio de la ortodoncia, (2) cirugía ortognática, (3) final de la ortodoncia, (4) periodoncia mucogingival, (5) implantología y (6) prótesis.

Disciplinas: ortodoncia, cirugía ortognática, cirugía mucogingival, implantología y prótesis.





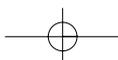
Ortodoncia multidisciplinar

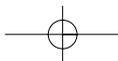


Fig. 2, a-b: Frente y perfil faciales antes del TMD.



Fig. 3, a-c: Oclusión, vistas frontal y laterales antes del TMD.





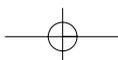
Ortodoncia multidisciplinaria

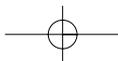


Fig. 4, a-b: Arcadas dentales, vistas oclusales, antes del TMD.



Fig. 5, a-d: Situación final, después del TMD: (a) sonrisa, (b) detalle de la sonrisa, (c) FIS y (d) oclusión, vista frontal.





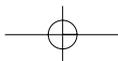
Ortodoncia multidisciplinar

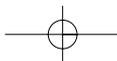


Fig. 6, a-b: Frente y perfil faciales después del TMD.



Fig. 7, a-c: Oclusión, vistas frontal y laterales después del TMD.





8a



8b

Fig. 8, a-b: Arcadas dentales, vistas oclusales después del TMD.

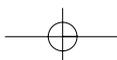


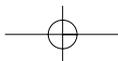
9a



9b

Fig. 9, a-b: Arcada dental inferior, vistas oclusales, antes y después del TMD.

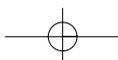


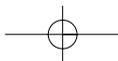


Ortodoncia multidisciplinar



Fig. 10. a-f: Oclusión, vista lateral derecha e izquierda, antes del TMD (a-b), después de la ortodoncia (c-d) y después del TMD (e-f).





Ortodoncia multidisciplinar

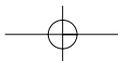


Fig. 11, a-c: Oclusión, vista frontal, antes del TMD (a), después de la ortodoncia (b) y después del TMD (c).



Fig. 12: Panorámicas antes y después del TMD.





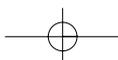
Ortodoncia multidisciplinaria



Fig. 13, a-b: Perfil facial antes y después del TMD.



Fig. 14, a-c: Frente incisivo superior antes del TMD (a), después de la ortodoncia (b) y después del TMD (c).



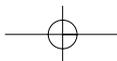
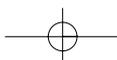
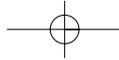


Fig. 15, a-b: Detalle de la sonrisa antes y después del TMD.



Fig. 16, a-b: Sonrisa antes y después del TMD.





Ortodoncia multidisciplinar

Comentarios

- El **maxilar superior** comprimido esqueléticamente es una alteración **frecuente** en adultos; su **solución es sencilla y predecible** y el **impacto en la sonrisa** es **enorme**.
- En el SARPE, la cirugía: (1) **sólo debilita el maxilar**, (2) es **ambulatoria** y (3) **se realiza al principio** del TMD. Se trata de una **distracción osteogénica**.
- La **cirugía mucogingival** es **efectiva** para **reducir** las **recesiones gingivales**, aunque el porcentaje de raíz que se cubre varía para una misma técnica y entre técnicas diferentes.
- Los **injertos libres –con epitelio–** es mejor reservarlos para la **arcada inferior**, ya que la ausencia de correspondencia de color entre la zona donadora y la receptora no tiene **consecuencias estéticas**.
- Utilizando **arcos superelásticos y brackets de autoligado de baja fricción** podremos mover los dientes con unas **fuerzas más ligeras** y son cuidadosas con el **soporte periodontal**. □

Ficha clínica

• Paciente

- Edad: 30 años.
- Inicio ortodoncia: septiembre 2006.
- Principal preocupación de la paciente: "Dientes mal colocados, mala mordida, problema de recesiones en las encías".

• Resumen diagnóstico

- Mesofacial · Perfil armónico · Línea sonrisa-encía: no muestra encía de incisivos.
- Arcada dental superior: apiñamiento anterior (2).
- Arcada dental inferior: irregular anterior (< 0,5 mm) · 46 mal pronóstico.
- Líneas medias centradas · Maxilar comprimido con mordida cruzada D+E (1/2,5).
- Sagital C I D+E · OJ = 2 mm · Mordida cruzada #12 y #22.
- Periodoncia: higiene adecuada · Recesiones gingivales múltiples (3) · Festoneado frente incisivo superior desnivelado (3).
- ATM: máxima apertura interincisal sin dolor = 45 mm · Diferencia entre mordida en céntrica y en máxima intercuspidación, CR/CO = 1 mm · Asintomática.

• Tratamiento: ortodoncia multidisciplinar TMD –ortodoncia, cirugía ortognática, cirugía mucogingival, implantología y prótesis–.

- **Objetivos TMD:** alineamiento dental colocando el canino superior derecho en su arcada + expandir el maxilar superior + eliminar la mordida cruzada anterior y posterior + cubrir la recesiones gingivales + rehabilitar el molar 46 con prótesis sobre implante + coordinar las arcadas dentales.
- **Aparatología:** aparato expansor Hyrax + multibrackets + elásticos.
- **Duración aproximada:** 16 meses.
- **Retención:** fija: indefinida, con arcos linguales. Removible, temporalmente, noches alternativas, con Bioos.

- **Posibles limitaciones:** Las generales contempladas en el consentimiento informado. 46.

• Secuencia y coordinación globales del tratamiento:

1. Revisiones dentales –por su dentista–: inicial y a los 10 meses
 - 1.1. caries #12.
 - 1.2. revisión 46 –imagen periapical–.
2. Prótesis I: modificar la cara vestibular 46 con ventana de composite.
3. Higiene y profilaxis: periódicas, seis meses, con instrucción de cepillado e hilo dental.
4. **Inicio de la ortodoncia.**
5. Cirugía ambulatoria: SARPE –expansión del maxilar superior asistida quirúrgicamente–.
6. Radiografías: periódicas.
7. **Final de la ortodoncia** + retención.
8. Periodoncia mucogingival: injertos gingivales múltiples.
9. Implantología: una unidad, 46.
10. Prótesis II: corona 46.

• Resultados obtenidos con el TMD:

Alineamiento dental con el canino superior derecho en su arcada + maxilar superior expansionado + eliminadas las mordidas cruzadas anterior y posterior + recubrimiento de las recesiones gingivales + rehabilitación del 46 con prótesis sobre implante + coordinación las arcadas dentales, en 13 meses.

- objetivos no alcanzados y comentarios: la extracción del 46, una vez determinada su inviabilidad, se pospuso por voluntad de la paciente, al igual que las extracciones de los terceros molares remanentes, que a día de hoy todavía no se han realizado.

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

