

Caso XXV

Ortodoncia y dentistería estética

Dr. Jaume Janer

AUTORES

Dr. Jaume Janer.

Ortodoncia. Coordinador de la sección.
ClínicasOrtodoncis.
www.ortodonciadultos.com

Dr. Fernando Aufrán Mateu

Estomatólogo.
Barcelona.



Introducción

Presentamos el **Tratamiento Multidisciplinar (TMD)** de una paciente de **41 años** con: (1) **apiñamiento dental** y (2) **fractura dental** de un incisivo central superior.

Tratamiento

Como siempre decimos, y aunque es una obviedad, **la ortodoncia es la mejor disciplina para alinear los dientes**. A estas alturas del partido, en pleno siglo XXI, plantear una solución sin ortodoncia para el caso que mostramos estaría completamente fuera de lugar. Montse, nuestra paciente, presenta una situación dental y oclusal, por lo demás frecuente, que la ortodoncia resuelve con facilidad, en poco tiempo y con resultados estables. Obviamente, la ortodoncia no puede resolver las **anomalías anatómicas** de los dientes pero, en casi todos los casos, permitirá crear las condiciones ideales para que las restauraciones de aquéllas resulten exitosas.

Los **objetivos del tratamiento** eran claros: alineamiento dental y restaurar el 21. El interés de este **caso sencillo** radica, a nuestro entender, en constatar, por un lado, la fácil solución que tiene el apiñamiento dental y el impacto que tiene en la apariencia de la sonrisa y, por otro, el resultado que ofrece el composite en las restauraciones dentales sencillas.

Se decidió testear inicialmente la posibilidad de llevar a cabo el TMD sin extracción de un incisivo (diagnóstico terapéutico). A continuación, explicamos su finalidad, así como el manejo de la extracción de un incisivo inferior y de la restauración con composite de un diente del FIS.

Diagnóstico terapéutico: cuando existen **dudas razonables** sobre la posibilidad de realizar el alineamiento dental **sin extracciones** en situaciones de **apiñamiento marcado**, podrá estar justificado iniciar el mismo en modo "no extracción" y evaluar la respuesta inicial del movimiento dental para decidir, ahora con más información, si la extracción o extracciones dentales son o no necesarias. Es decir, en el **diagnóstico terapéutico**, con el tratamiento se confirma o rechaza el plan inicial provisional. En el caso que presentamos, confeccionamos un plan de tratamiento que contemplaba la extracción probable de un incisivo central inferior a confirmar después de unos

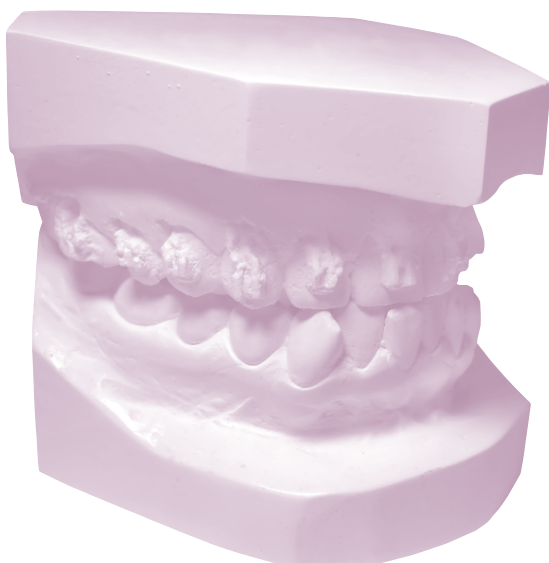




Fig. 1, a-d: Situación inicial, antes del TMD: (1) sonrisa, (2) detalle de la sonrisa, (3) FIS y (4) oclusión, vista frontal.

meses de tratamiento. Después de cuatro meses de tratamiento, se evidenció que la extracción del 31 era necesaria para obtener una relación incisal final adecuada –resalte y sobremordida–, puesto que la alternativa con *stripping dental* no era viable por la cantidad del mismo que se requería.

Camuflaje en la extracción de un incisivo inferior: en la mayoría de las situaciones en las que se realiza una extracción de un incisivo inferior es necesario **camuflar con composite** parte del **espacio resultante de la extracción por motivos estéticos**. Se realizará un **laminado** de composite directamente sobre uno de los incisivos que limitan el espacio de la extracción (1) sin contacto con la encía, (2) dejando un espacio entre 1 y 2 mm y (3) cuidando la apariencia de su tercio incisal. Un hilo elástico muy suave colocado de canino a canino desde el primer día cerrará progresivamente el espacio de la extracción. Se instruye al paciente para que acuda a la clínica cuando el laminado contacte con el incisivo donde aquél no va pegado. En esta visita se lima el composite, con fresa, para abrir un nuevo hueco de 1 a 2 mm. Esta acción se realiza en total entre dos y cuatro veces, dependiendo de la cantidad de espacio a cerrar y de las exigencias estéticas del caso. Recomendamos **realizar la extracción 24 h antes del cementado** directo o indirecto. Así limitamos el tiempo en el que el paciente está comprometido estéticamente, a la vez que permitimos que la herida de la extracción permita trabajar con el composite en unas condiciones razonablemente “secas”.

Tronera dental: en la zona de la extracción del incisivo. Es frecuente que la extracción de un incisivo inferior resulte en una

tronera parcialmente abierta, **“triángulo negro”** al final de la ortodoncia. Es recomendable **posicionar los brackets de los incisivos** a cada lado del espacio de la extracción, de manera que **sobrecorrijan la inclinación de sus raíces** hacia el espacio de la extracción. Además, si el tamaño de los incisivos vecinos lo permite, el recontorneado –*stripping*– de las superficies de contacto de los incisivos que conforman la tronera en cuestión también ayudará a reducir el espacio que ocupará la papila resultante, favoreciendo el relleno de la tronera.

Composite en incisivo fracturado: el **composite** es un **material excelente** para la **reconstrucción** dental de **dientes cortos** del FIS como la que mostramos. Durante la ortodoncia, y cuando los dientes están aceptablemente alineados, se retira el arco y el bracket del diente o dientes afectados y se remite el paciente al dentista para su restauración. Seguidamente, se recementa el bracket o brackets de los dientes restaurados y se prosigue con la ortodoncia. En las situaciones en las que debe aumentarse **la anchura de un diente**, generalmente de un incisivo lateral, la restauración con composite debería considerarse como una **solución temporal**, habida cuenta de la imposibilidad de lograr un buen ajuste a nivel gingival entre el composite y la encía, que acabará resultando en una inflamación crónica de la papila y posterior apertura de la tronera dental.

Resumen: se realizó (1) ortodoncia y (2) dentistería estética –composite–.

Disciplinas: ortodoncia y dentistería estética.



Ortodoncia multidisciplinar



Fig. 2, a-c: Oclusión, vistas frontal y lateral antes del TMD.



Fig. 3, a-b: Arcadas dentales, vista oclusal, antes del TMD.

Ortodoncia multidisciplinar

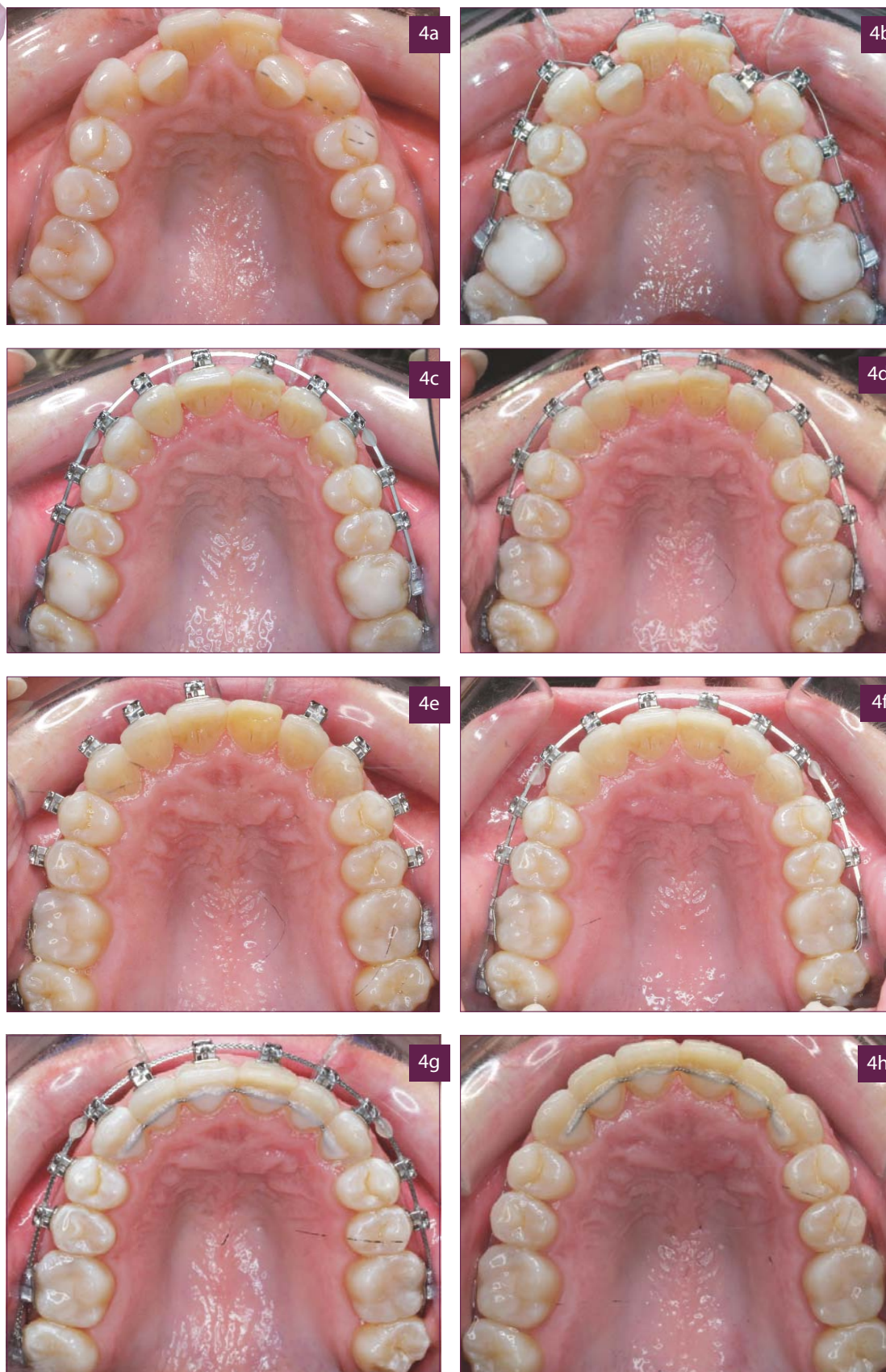


Fig. 4, a-h: Arcada dental superior, secuencia de tratamiento: (a) antes del TMD, (b) cementado de la aparatología de ortodoncia, (c-f) ortodoncia, (e) a punto para la reconstrucción del 21, (g) antes de la retirada de la aparatología de ortodoncia con cementado del arco lingual superior y (h) después del TMD.



Fig. 5, a-c: Oclusión, vistas frontal y lateral. Cementado de la aparatología de ortodoncia.

Ficha clínica

• Paciente

- Edad: 41 años.
- Inicio ortodoncia: enero 2007.
- Principal preocupación del paciente: "Dientes torcidos y rotos".

• Resumen diagnóstico

- Dólicofacial · Perfil armónico · Sonrisa gingival (2).
- Arcada dental superior: apiñamiento anterior (2) · 21 fracturado.
- Arcada dental inferior: apiñamiento anterior (2).
- Transversal: líneas medias centradas.
- Sagital: C I D molar · OJ = 3,5 mm · Mordida cruzada 12 y 22 · Incisivos superiores lingualizados (1,5).
- Vertical: mordida superficial.
- Perio: higiene pobre con placa · Gingivitis (2) · Encía queratinizada en incisivos inferiores adecuada para tratamiento · Festoneado frente incisivo superior desnivelado –incisivos laterales–.
- ATM: máxima apertura interincisal sin dolor = 50 mm · Diferencia entre mordida en céntrica y en máxima intercuspidadación –CR/CO < 0,5 mm– · Ruidos en ambas articulaciones sin dolor, tanto en la exploración pasiva como en la forzada.

• Tratamiento ortodoncia multidisciplinar TMD: ortodoncia y dentistería estética

- **Objetivos TMD:** alineamiento dental colocando los incisivos laterales superiores en su arcada + mejorar la coordinación de las arcadas dentales + rehabilitar el incisivo central

superior izquierdo fracturado, con probable exodoncia de un incisivo inferior.

- **Aparatología:** multibrackets + elásticos.
- **Duración aproximada:** 18 meses.
- **Retención:** fija: indefinida, con arcos linguales. Removible, superior e inferior, nocturno, temporalmente.
- **Posibles limitaciones:** asimetrías dentales –línea media dental inferior–, mordida superficial, tronera abierta en la zona de la extracción dental si ésta se realiza.

• Secuencia y coordinación globales del tratamiento:

1. Revisiones dentales –por su dentista: inicial y a los 10 meses–.
2. Inicio ortodoncia.
3. Reevaluación: +/- extracción dental de un incisivo central inferior.
4. Radiografías: periódicas.
5. Reconstrucción dental: 21 con composite.
6. Final ortodoncia + retención.

• Resultados obtenidos con el TMD:

- Alineamiento dental con un FIS armónico + rehabilitación del incisivo central superior izquierdo fracturado, con exodoncia de un incisivo inferior, en 17 meses de ortodoncia.
- objetivos no alcanzados: insuficiente reducción de la tronera en la zona de la extracción; 22 corto.

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

Ortodoncia multidisciplinar



Fig. 6, a-c: Oclusión, vistas frontal y lateral. Se decide realizar la extracción del 31 (TD).



Fig. 7, a-c: Oclusión, vistas frontal y lateral. Cerrando el espacio de la extracción del 31 y preparando las condiciones de posición y espacio para la reconstrucción del 21.

Ortodoncia multidisciplinar



Fig. 8, a-c: Oclusión, vistas frontal y lateral. Inmediatamente antes de la retirada de la aparatología de ortodoncia.



Fig. 9, a-d: FIS, vista frontal, secuencia de tratamiento.

Ortodoncia multidisciplinar



Fig. 10, a-f: Fil, vista frontal, secuencia de tratamiento: (a) antes del TMD, (b-d) se confirma la extracción del 31 y se fabrica una faceta de composite; (e) manicura dental, (observar la posición del bracket del diente 32), (f) después del TMD.



Fig. 11, a-d: Situación final, después del TMD: (a) sonrisa, (b) detalle de la sonrisa, (c) FIS y (d) oclusión, vista frontal.



Ortodoncia multidisciplinar



Fig. 12, a-c: Oclusión, vistas frontal y lateral después del TMD.



Fig. 13, a-b: Arcadas dentales, vista oclusal, después del TMD.



Ortodoncia multidisciplinaria



Fig. 14, a-f: Oclusión, vistas frontales y laterales antes (a, c y e) y después (b, d y f) del TMD.



Ortodoncia multidisciplinaria



Fig.15, a-b: Oclusión en apertura, vista frontal, antes y después del TMD.



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



Ortodoncia multidisciplinaria



17a



17b

Fig. 17, a-b: Detalle de la sonrisa, antes y después del TMD.



18a



18b

Fig. 18, a-b: Sonrisa, antes y después del TMD.

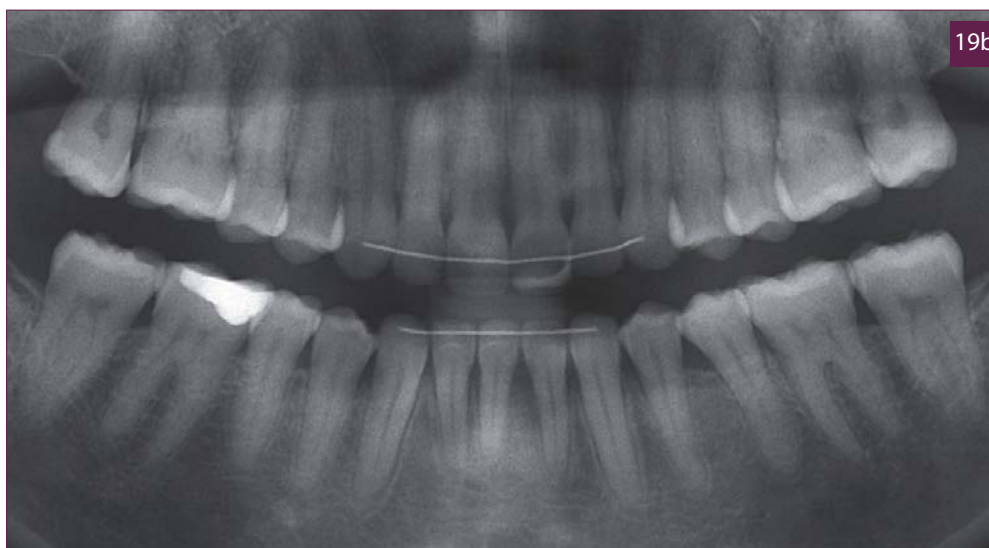


Fig. 19, a-b: Panorámicas, antes y después del TMD.

Comentarios

- Cuando existen **dudas razonables** sobre la posibilidad de realizar un alineamiento dental **sin extracciones**, podrá estar justificado iniciar el mismo en modo "no extracción" –**diagnóstico terapéutico**–.
- Por **motivos estéticos**, es necesario **camuflar con un laminado de composite** parte del **espacio resultante de la extracción** de un incisivo inferior.
- Es recomendable **posicionar los brackets de los incisivos** a cada lado del espacio de la **extracción**, de manera que **converjan sus raíces** para permitir que la papila rellene la **tronera dental** resultante.
- El **composite** es un **material excelente** para la **reconstrucción** dental de **dientes cortos** del FIS. □