



Caso II:

Ortodoncia, Prótesis Convencional y sobreimplantes, Dentistería

DR. JAUME JANER SUÑÉ



AUTORES

Dr. Jaume Janer Suñé

Estomatólogo.

Posgrado Ortodoncia. Universidad de Pensilvania. Estados Unidos.

Board Diplomado -ABO

www.janerortodoncia.com/formacioncontinuada

Dra. Gloria Pardo Flix

Estomatóloga.

Dr. Josep María Serra Payrós

Implantólogo.

Barcelona

Introducción

Las **mutilaciones dentales** en pacientes nacidos antes de 1960 son habituales en nuestra área. En algunos de estos casos, el número de piezas dentales ausentes es numeroso, comportando con frecuencia la presencia de **extremos libres**, pero sin pérdida de **dientes anteriores**.

Los **adultos**, además de dar un valor cada vez más alto a tener una **sonrisa atractiva**, saben que el alineamiento de los dientes anteriores mal colocados o apiñados **puede realizarse** de forma predecible, cómoda y estética **con ortodoncia**. Ello lleva a estos pacientes adultos a buscar una **solución global** para su boca, que contemple: (a) la **función**, a través de la rehabilitación de los dientes ausentes –en un contexto de salud periodontal y

articular–; (b) la **estética**, mediante la “adquisición” de una sonrisa armoniosa, y (c) la **durabilidad** de los resultados obtenidos.

No cuesta imaginar los antecedentes de la paciente. Sus **primeras caries no son tratadas** y acaban con el tiempo en extracciones de numerosas piezas dentales posteriores. Pasados los años, la **falta de contactos posteriores** la lleva a recibir una prótesis convencional en el segundo cuadrante, cuyo primer pilar (#24, endodonciado) presenta una fistula el día de la primera visita.

Desde el **punto de vista académico**, la paciente presenta un **colapso oclusal posterior**, por la existencia de un soporte oclusal posterior comprometido por la falta de pilares, sin que comporte una reducción vertical de la oclusión –sobremordida– significativa, como sería de esperar.

Tratamiento y alternativas

El **objetivo visual del tratamiento**, es decir, qué se deseaba conseguir después del tratamiento, se estableció y se planificó con la dentista de la paciente: alinear los dientes, redondear –ensanchar– y coordinar las arcadas dentales y rehabilitar protésicamente la mutilación dental.

Es oportuno señalar que en los **tratamientos dentales multidisciplinares**, la **ortodoncia** es la disciplina que ejerce el **papel de coordinación**. En el caso que nos ocupa, la protésista determinó el tipo de rehabilitación dental que recibiría la paciente: en la arcada inferior sería sobre implantes y en la superior con prótesis convencional si el premolar con la fistula respondía bien al retratamiento. Nosotros marcamos la **secuencia de la colocación de los implantes**; es decir, si sería antes, durante o después del tratamiento de ortodoncia.

La paciente ejemplifica bien el enorme beneficio de contar con **pilares posteriores inamovibles** durante la ortodoncia cuando hay extremos libres edéntulos: (1) pleno control de los dientes anteriores a través de los arcos de ortodoncia en los tres sentidos del espacio, y (2) establecimiento de una dimensión vertical a conveniencia. Por todo lo dicho, está claro que los implantes debían ser colocados antes de la ortodoncia. Pero, ¿cuánto tiempo antes? La respuesta fue el resultado de calcular el tiempo que debería transcurrir para que los implantes pudieran

recibir una prótesis provisional, determinado por la dentista del equipo –6 meses– y restarle el tiempo que estarían los aparatos de ortodoncia en la arcada superior antes de que se colocaran en la inferior –3 meses–. Resultado: los implantes se colocaron tres meses antes de iniciar el tratamiento de ortodoncia. El propósito del cálculo: no añadir tiempo de tratamiento innecesario.

En cuanto al manejo del primer premolar superior izquierdo –pilar protésico con la fistula–, se tuvieron en cuenta las siguientes consideraciones: (1) su pronóstico era reservado: por un lado, el retratamiento endodóncico podía no ser exitoso y, por el otro, su pérdida abocaba al segundo cuadrante a ser rehabilitado con implantes, con el impacto económico que tendría sobre el coste global del tratamiento; (2) su permanencia en boca se decidiría al finalizar la ortodoncia, si durante el tratamiento no producía dolor, y (3) por lo anterior, se removieron las piezas pónicas de la prótesis dejando coronados el primer premolar superior izquierdo (#24) y el segundo molar superior izquierdo (#27) –ambos fueron tratados ortodónticamente–.

El planteamiento de un **tratamiento estrictamente protésico**, a nuestro entender, hubiera condenado a la paciente a mantener una **sonrisa pobre**, a pesar de haber recibido un tratamiento rehabilitador protésico extenso y envolvente.

Disciplinas: ortodoncia, prótesis convencional e implantológica, dentistería.

FICHA CLÍNICA

Paciente

Edad: 33.
Colocación implantes: julio 97.
Inicio ortodoncia: octubre 97.

Resumen diagnóstico

- Mesofacial · Perfil armónico · Sonrisa pobre (2) · Línea de sonrisa baja (2).
- Apiñamiento dental superior anterior (2) · Mutilación dental: #14, #16, #25, #26 · Prótesis metal cerámica #24-#27.
- Apiñamiento dental inferior anterior (1,5) · Mutilación dental: #36, #37, #44, #45, #46, #47.
- Arcadas dentales comprimidas –estrechas– (2,5).
- C II dental derecha.
- Recesión gingival (1) #32 · Fístula #24.

Tratamiento recomendado: ortodoncia y prótesis

- **Objetivos:** alineamiento dental + expansión dental de ambas arcadas + resalte y sobremordida apropiados + preparación preprotésica de la arcada superior e inferior.
- **Aparatología:** multibrackets + elásticos.
- **Duración aproximada:** 24.
- **Retención:** indefinida, fija, con arcos linguales por detrás de los dientes anteriores.
- **Posibles limitaciones:** #24 · Encía #32

Secuencia y coordinación con el dentista

- **Revisión dental (1)** inicial y periódicas –cada 8 meses–.
- **Higiene y profilaxis (2)** periódicas –6 meses–.
- **Implantes (3)** con exodoncia del #48.
Tercer cuadrante: 2.
Cuarto cuadrante: 3.
- **Cortar prótesis (4)** del segundo cuadrante, eliminando los pónicos y dejando las coronas del #24 y #27.
- **Ortodoncia (5)**
- **Prótesis provisional (6)** sobre implantes, con tubos incorporados, en arcada inferior.
- **Perio:** monitorizar la encía del #32.
- **Final ortodoncia + retención (7)**
- **Prótesis final (8)**
Superior: convencional en ambos cuadrantes si el retratamiento endodóncico del #24 resulta exitoso.
Inferior: implantosoportada.

Resultados obtenidos

Sonrisa atractiva y amplia + alineamiento dental + expansión dental de ambas arcadas + resalte y sobremordida apropiados + preparación preprotésica de la arcada superior, en 23 meses de tratamiento.

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



Detalle sonrisa antes del tratamiento.

◀ Sonrisa antes del tratamiento.



Oclusión dental antes del tratamiento.

38



Arcadas dentales antes del tratamiento.



Panorámica antes del tratamiento.

◀ Telerradiografía antes del tratamiento.



Detalle sonrisa después del tratamiento.

◀ Sonrisa después del tratamiento.



Oclusión dental después del tratamiento.



Arcadas dentales después del tratamiento.



Panorámica final.

◀ Telerradiografía después del tratamiento.

Comentarios

Las **mutilaciones dentales** en pacientes nacidos antes de 1960 son habituales en nuestra área, comportando con frecuencia la presencia de **extremos libres**, pero sin pérdida de **dientes anteriores**.

Los **adultos**, además de dar un valor cada vez más alto a tener una **sonrisa atractiva**, saben que el alineamiento de los dientes anteriores mal colocados o apiñados **puede realizarse** de forma predecible, cómoda y estética **con ortodoncia**.

Los pacientes con denticiones mutiladas y sonrisas pobres buscan una **solución global** para su boca que con-

temple la **función**, la **estética** y la **durabilidad** de los resultados obtenidos.

La existencia de un **soporte oclusal posterior reducido** por la falta de dientes posteriores define, desde el punto de vista académico, el **colapso oclusal posterior**.

Contar con **pilares posteriores inamovibles** –mediante prótesis provisionales sobre implantes– comporta un enorme beneficio durante la ortodoncia en pacientes con extremos libres: (1) control pleno de los dientes anteriores a través de los arcos de ortodoncia en los tres sentidos del espacio, y (2) establecimiento de una dimensión vertical a conveniencia. ●



Progresión del tratamiento: visión frontal.



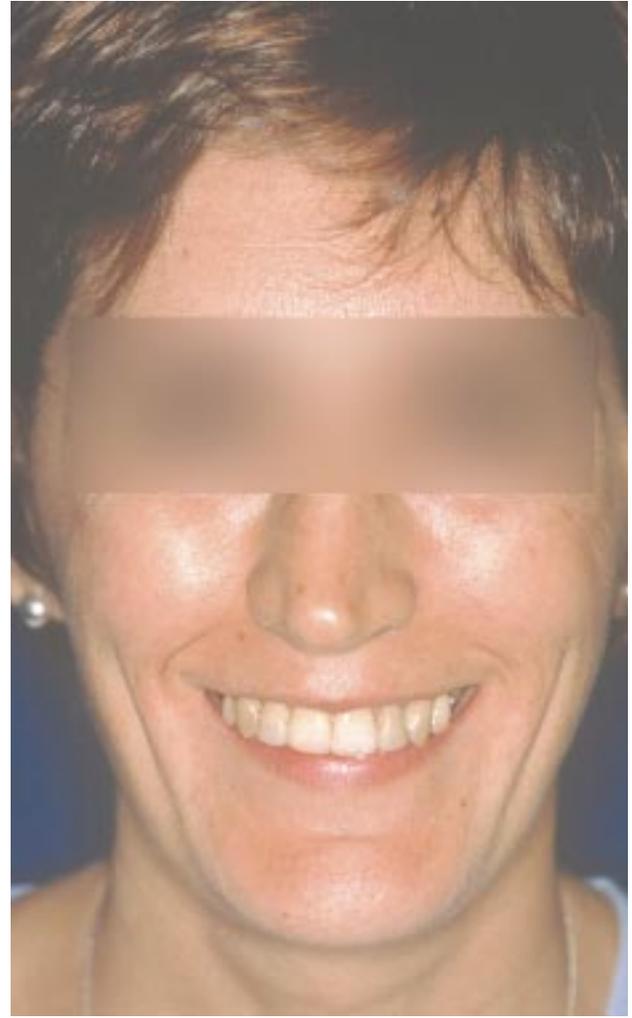
Progresión del tratamiento: visión lateral derecha.



Progresión del tratamiento: arcada superior.



Progresión del tratamiento: arcada inferior.



Sonrisa antes y después del tratamiento.

42



Detalle sonrisa antes y después del tratamiento.