



Caso III: Ortodoncia, Periodoncia, Prótesis Convencional y sobre Implantes

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. Pilar Villarroya Moreta

Estomatóloga.

Dr. José Luis Puyuelo Capablo

Implantólogo.

Barcelona

Introducción

Parte del interés de este nuevo caso del NLO radica en la **tentación de considerarlo intratable**, especialmente cuando se pretende abordar su tratamiento desde una sola disciplina dental.

Sin embargo, es al abordar este tipo de pacientes de una forma multidisciplinar cuando podremos suplementar las limitaciones de una disciplina dental determinada con las aportaciones de otra: si la prótesis no puede sola, lo conseguirá combinada con la ortodoncia.

El resultado final del **tratamiento multidisciplinar** de esta paciente debía ir dirigido a obtener una **solución global** que contemplara (a) la **función**, mediante la obtención de una relación vertical apropiada de las arcadas dentales, (b) la **salud**, por la colocación de los dientes periodontalmente afectados fuera del trauma oclusal, (c) la **estética**, por la "adquisición" de una sonrisa armoniosa, y (d) la **durabilidad** de los resultados obtenidos.

Este caso pertenece a un grupo relativamente frecuente de pacientes, que los **periodoncistas** ven diariamente, que presentan un **espaciamiento progresivo de los dientes anteriores** (EPDA) o migración dental patológica.

Se trata de pacientes que, a pesar de tener el componente inflamatorio de su **enfermedad periodontal** (EP) controlado, muestran una gran inestabilidad oclusal que, al no ser tratada, se traduce habitualmente en un EPDA, muy llamativo y alarmante para los pacientes.

En la lista de las alteraciones que más negativamente afectan a la **estética del frente** incisivo superior y, por ende, de la son-

risa, los **diastemas** ocupan un lugar preferente, por lo que dichos pacientes buscan información y agradecen ser informados sobre cómo solucionar sus diastemas. Yendo más lejos, podríamos estar de acuerdo en que los pacientes con un EPDA, y con el componente inflamatorio de la EP controlado, sólo estarían recibiendo una solución parcial a su problema. La manera óptima de abordar el EPDA en pacientes con EP será pues combinando el tratamiento periodontal con el ortodóntico.

Tratamiento

Cuando estamos delante de un tratamiento interdisciplinario en el que **existen dudas razonables** de que alguna **acción terapéutica** pueda no ser exitosa y cuya alternativa terapéutica no es contemplada por el paciente –es decir, no podemos recurrir automáticamente al plan B–, resulta **recomendable empezar testando** dicha acción sin ejecutar ninguna maniobra irreversible.

Nos explicamos. En el caso que nos afecta, la paciente tenía un gran interés en "arreglarse la boca", pero el plan de tratamiento global debía ceñirse a un presupuesto económico delimitado.

Se prefirió observar la respuesta a la ortodoncia de los incisivos superiores durante unos meses, ya que si éstos no respondían como se esperaba, la alternativa terapéutica implicaba la colocación de varios implantes de canino a canino, extremo que inicialmente no contemplaba la paciente.

El test inicial afectó negativamente a la **secuencia del tratamiento**: la colocación de los implantes en la arcada

inferior y la posterior cementación de los brackets tuvo que ser aplazada durante meses, con la consecuente prolongación del tiempo de tratamiento.

Durante la **endodoncia del #26**, que se realiza antes de iniciar la ortodoncia, se produce la rotura de un instrumento, por lo que su dentista lo exodoncia. Se decide implementar el mismo plan de tratamiento, dejando para el final la solución protésica del molar-implantes.

Desde el punto de vista estratégico, el **obstáculo principal** y, por lo tanto, el **primer objetivo** del tratamiento, era resolver el **colapso oclusal con la sobremordida severa** que presentaba la paciente.

Traccionar los **caninos incluidos** hacia su lugar en la arcada con ortodoncia conllevaba una sobrecarga excesiva sobre el resto de los dientes de la arcada, por lo que se exodonciaron. Los incisivos superiores serían agrupados de 2 a 2 y se realizaría una **rehabilitación protésica completa** de la arcada superior.

¿Cómo se iba a abrir la mordida? Pues mediante una combinación de factores:

- Primero, **proclinando los incisivos** en ambas arcadas. Para que fuera posible en la arcada inferior era imprescindible contar con una estructura provisional que nos mantuviera ambas arcadas desbloqueadas, una especie de “andamiaje”, de manera que los incisivos inferiores tuvieran un espacio –resalte– hacia el que ser inclinados ortodónticamente y con el apoyo parcial de los implantes –sólo en el tercer cuadrante–. Y aquí entró en juego la prótesis. Se recurrió a unas **prótesis provisionales modificadas temporales** con tubos de ortodoncia incorporados, que se colocaron en los segmentos posteriores y que, lo más importante, abrían la mordida a demanda. Los dientes posteriores serían tallados

al final del tratamiento, pero para realizar el tratamiento se requería de algún medio para mantener las arcadas separadas verticalmente y con resalte; las prótesis provisionales nos parecieron el mejor medio.

- Segundo, de menor efecto, variando la proporción raíz/corona clínica de los incisivos. Las coronas clínicas de los incisivos, especialmente de los superiores, fueron reducidas verticalmente.
- Tercero, mediante la **prótesis**. Desde la colocación de las prótesis provisionales posteriores, pasando por la prótesis provisional completa, hasta llegar a la definitiva, se trabajó con la dimensión vertical deseada. Con las prótesis provisionales posteriores se estableció una dimensión vertical de trabajo. A partir de ahí, la altura de dichas prótesis se fue ajustando a la vez que se producían los cambios dentales en las arcadas, hasta conseguir la relación incisal vertical y sagital deseada, momento en el que se dio por terminada la ortodoncia. A continuación, se colocó una prótesis completa provisional de larga duración, que permitió comprobar la conveniencia de la dimensión vertical alcanzada. La prótesis final reprodujo la misma dimensión vertical.

Resumen: se realizó (1) tratamiento periodontal –para la periodontitis–; (2) exodoncia del #26 por accidente endodóntico, (3) ortodoncia con exodoncia de los caninos superiores incluidos; (4) colocación de implantes para el #36, y (5) prótesis: en arcada superior (a) de #16 a #25 y (b) sobre implantes, colocados después de terminada la ortodoncia, para el #26. En arcada inferior, sobre implantes para el #36.

Disciplinas: ortodoncia, periodoncia y prótesis convencional y sobre implantes.

FICHA CLÍNICA

35

Paciente

- Edad: 47.
- Inicio ortodoncia: noviembre 97.

Resumen diagnóstico

- Braquifacial (3) · Perfil divergente anterior armónico · Línea de sonrisa baja (2) · Sonrisa pobre (3).
- Espaciamiento dental superior anterior (4) · Mutilación dental #17, #27 · Caninos superiores incluidos en el paladar.
- Mutilación dental #36, #37, #47.
- Clase I E, C I D molar izquierda · Incisivos superiores e inferiores lingualizados (4).
- Sobremordida D + E (4/3) · Colapso oclusal posterior.
- Perio: periodontitis (4) con pérdida de soporte óseo radicular del 60% en algunas piezas · Higiene irregular –placa subgingival– · Trauma oclusal primario y secundario.

Tratamiento recomendado –ortodoncia, prótesis, periodoncia–

- **Objetivos:** sonrisa atractiva + cerrar los espacios interdientales en el frente incisivo superior + abrir la mordida + coordinar las arcadas dentales para permitir la rehabilitación protésica estética de la arcada superior.
- **Aparatología:** multibrackets + elásticos + prótesis provisionales modificadas.
- **Duración aproximada:** 30.
- **Retención:** indefinida, fija, con arcos linguales por detrás de los dientes anteriores inferiores.
- **Posibles limitaciones:** magnitud de la sobremordida · Extensión de la pérdida de soporte óseo.

Secuencia y coordinación con el dentista

- **Periodoncia** (1)
 - Periodontitis.
 - Monitorizar perio cada 6 meses.
 - Higienes periódicas.
- **Ortodoncia** (2)
- **Endodoncias** (3) posiblemente de los molares superiores.
- **Implantes** (4) para el #36.
- **Exodoncias** (5) #13 y #23, caninos superiores.
- **Prótesis provisionales modificadas** (6) en segmentos posteriores superiores; altas, para abrir la mordida.
- **Final ortodoncia + retención** (7)
- **Prótesis provisional** (8) #16 a #26.
- **Prótesis** (9)
 - Convencional, #16 a #26, en una sola pieza.
 - Sobre implantes para el #36.

Resultados obtenidos

Sonrisa atractiva + espacios del frente incisivo superior cerrados + relación vertical incisal apropiada + rehabilitación protésica de la arcada dental superior + arcadas dentales coordinadas, con exodoncias de los caninos superiores incluidos, en 29 meses.

Nota: el #21 está pendiente de apicectomía por su problema periapical posendodoncia.

(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 y patología periodontal buscan una **solución global** para su boca y su cara que contemple la **función**, la **salud**, la **estética** y la **durabilidad** de los resultados obtenidos.
- Un tratamiento monodisciplinar no hubiera resuelto satisfactoriamente el caso de nuestra paciente: con periodoncia exclusivamente no alejaríamos a los incisivos superiores del trauma oclusal al que estaban expuestos, ni cerraríamos los espacios interdentes; y solamente

con prótesis se hubieran tenido que exodonciar los cuatro incisivos superiores, además de recurrir a la colocación de implantes en dicha zona, y no se hubiera resuelto plenamente el colapso oclusal.

- El tratamiento periodontal exclusivo no es suficiente para resolver el **espaciamiento progresivo de los dientes anteriores** (EPDA) o migración dental patológica, muy llamativo y alarmante para los pacientes.
- El **obstáculo principal** y, por lo tanto, el primer objetivo del tratamiento, era resolver el colapso oclusal con la **sobremordida severa**.
- Cuando existen **dudas razonables** de que alguna **acción terapéutica** pueda fracasar, es recomendable **empezar testando** dicha acción sin ejecutar ninguna maniobra irreversible. ●



Sonrisa antes del tratamiento.



Detalle de la sonrisa antes del tratamiento.



Oclusión dental antes del tratamiento.



Arcadas dentales antes del tratamiento.



Panorámica inicial.

◀ Telerradiografía inicial.

Sonrisa después del tratamiento.▶



Detalle de la sonrisa después del tratamiento.

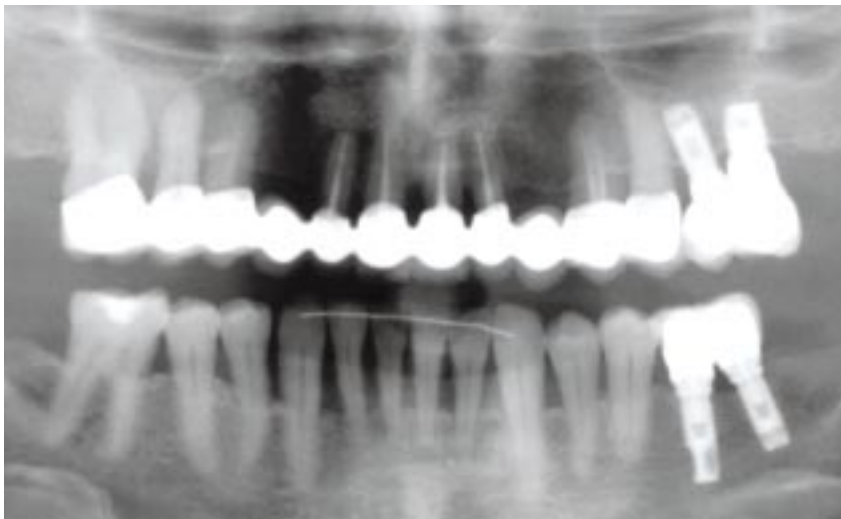




Oclusión dental después del tratamiento.



Arcadas dentales después del tratamiento.



Panorámica final.



Telerradiografía final.▶



Elevación temporal de la dimensión vertical durante el tratamiento.



Sonrisa antes y después del tratamiento.



Detalle de la sonrisa antes y después del tratamiento.