



Caso IV:

Ortodoncia, Cirugía Ortognática y Prótesis

DR. JAUME JANER SUÑÉ



AUTORES

Dr. Jaume Janer Suñé

Estomatólogo.

Posgrado Ortodoncia. Universidad de Pensilvania. Estados Unidos.

Board Diplomado -ABO

www.janerortodoncia.com/formacioncontinuada

Dr. Federico Hernández Alfaro

Cirujano maxilofacial.

Board Europeo de Cirugía.

Dr. Josep María Aixalà Abelló

Estomatólogo.

Barcelona

Introducción

La mejor manera de abordar un **caso complejo** es empezar redactando una **lista de los problemas** que dicho caso presenta. El siguiente paso es escribir, al lado de cada problema descrito en la lista de problemas, su **solución específica ideal**.

En la paciente que presentamos, atendiendo a su lista de problemas y a sus soluciones específicas, resulta evidente que sólo con un **tratamiento interdisciplinario** se podrá obtener una solución global a sus problemas. Una **solución global** para su **boca y cara** que contemple (a) la **función**, mediante la obtención de una guía canina e incisa apropiadas –en un contexto de salud periodontal y de un funcionamiento articular sin dolor ni limitación de la apertura bucal–, (b) la **estética**, por la “adquisición” de una sonrisa armoniosa a través de la nivelación del festoneado gingival y de la rehabilitación de los incisivos abrasionados, así como de la obtención de unas proporciones faciales armónicas, y (c) la **durabilidad** de los resultados obtenidos.

La **retroinclinación** marcada de los **incisivos superiores** que presenta la paciente, propia de las Clases II, división 2ª –en contraposición a las Clases II, división 1ª, que tienen los incisivos con una angulación apropiada o exagerada–, es la **característica determinante** de este caso. Ello es así por su relación directa (a) con la disfunción articular, (b) con la abrasión dental del incisivo central superior derecho y, (c) con la deficiente estética del frente incisivo superior.

A pesar de que sólo un pequeño número de **disfunciones temporomandibulares** (TMD) se puede relacionar directamente con alteraciones oclusales, en este caso parece clara la asociación entre la malaoclusión severa –lingualización de los incisivos superiores combinada con la sobremordida– y la sintomatología articular que presenta la paciente.

La inclinación invertida de los incisivos superiores también explica la **abrasión dental** marcada del incisivo central superior derecho (**#11**), que a medida que ha ido progresando ha agravado la desigualdad del festoneado gingival del frente incisivo superior –ya de por sí pobre

por la mala posición dental—, al acompañarle la encía en su descenso —sobre erupción—, con el consecuente empeoramiento de la **sonrisa** de la paciente.

Alternativas de tratamiento

Veamos primero las limitaciones que comportaría abordar el tratamiento de la paciente exclusivamente con un tratamiento protésico, ortodóntico, quirúrgico o de ATM.

Si se atendiera el **problema articular** de la paciente exclusivamente con una **férula oclusal** —de difícil fabricación y peor uso, por la severa mala posición de los incisivos superiores—, probablemente mejoraría sensiblemente su sintomatología articular mientras utilizara la férula, pero no resolvería la causa de la disfunción articular —la mala oclusión—.

Por otro lado, si se abordara el **frente incisivo superior** desde una **veriente exclusivamente protésica** —posiblemente, mediante la exodoncia de los incisivos centrales y la colocación de una prótesis convencional de lateral a lateral—, se resolvería el problema de la posición inclinada de los incisivos superiores —¡ya no estarían!—, tan negativa para las articulaciones de la paciente. También comportaría una mejoría estética de la sonrisa de la paciente, pero se habría “pagado” un **peaje demasiado alto**.

La opción **exclusivamente ortodóntica** no resolvería el caso satisfactoriamente. Conseguiría alinear los dientes en ambas arcadas, angular los incisivos centrales superiores apropiadamente, y abrir la mordida, pero no podría “hacer crecer” el #11. Si se nivelara el **festoneado gingival** del frente incisivo superior —mediante intrusiones y extrusiones dentales relativas—, el borde incisal del #11 quedaría mucho más corto que el de su homónimo, el #21. Por el contrario, si se decidiera nivelar los **bordes incisales** de los dos incisivos centrales, el resultado sería igualmente pobre, ya que el #11 terminaría con

un borde gingival mucho más bajo que el #21. Al igual que en la opción protésica, se terminaría con un resalte incisal exagerado —recordemos que presenta una Clase II esquelética—, mandíbula corta pero mantendría todos sus dientes.

Pretender armonizar el **perfil facial** exclusivamente con **cirugía ortognática de la mandíbula** resultaría simplemente imposible: sería imprescindible, al menos, resolver el torque de los incisivos superiores. Con ello ganaríamos espacio —el resalte— hacia donde avanzar quirúrgicamente la mandíbula, pero al resolver el apiñamiento de la arcada inferior con ortodoncia perderíamos buena parte de este espacio de avance: los incisivos obtendrían el espacio para alinearse a base de proclinarse hacia delante.

Tratamiento

Durante la primera visita informativa de pacientes complejos, para explicarles lo que les ocurre en sus bocas y cómo puede resolverse, recurrimos al símil de las **“rehabilitaciones de edificios”**. Les decimos que “su boca es como un edificio en mal estado que debe rehabilitarse, y para ello hace falta un plano —plan de tratamiento— que describa el resultado de las obras, un proyecto de ejecución —secuencia y coordinación del tratamiento— y la intervención de diferentes industriales —ortodoncia, prótesis, periodoncia, cirugía— coordinados por un responsable —el ortodoncista—”.

En nuestra paciente confeccionamos la **lista de problemas** —ver diagnóstico en ficha clínica— con la **solución específica** a cada uno de ellos. De manera sintética, vimos que la mejor manera, con diferencia, de resolver la mala posición dental de la arcada superior era con ortodoncia.

La **ortodoncia** en la arcada superior aportaría: (a) el alineamiento dental, (b) la armonización del fes-

toneado gingival del frente incisivo superior, y (c) el torque ideal de los incisivos superiores, que a su vez permitiría testar la respuesta de las **ATM** —el dolor desapareció con la aparición del resalte; la ortodoncia no podría, obviamente, dar respuesta al #11 gastado—. La solución lógica para el #11 sería una **faceta de cerámica** —al final se decidió colocar otra faceta en el #21 para mejorar más el resultado estético—.

Vale la pena insistir en que la desigualdad del **festoneado gingival** del frente incisivo superior estaba relacionada directamente con la mala posición de los dientes. La encía estaba sana: se había limitado a adaptarse a la posición de los dientes que cubría y, en el caso del #11, a acompañarle a medida que por el desgaste progresivo que sufría se iba “extruyendo”. No había indicación alguna para un **tratamiento periodontal mucogingival**.

Pero después de lo anterior, la paciente todavía tendría (1) una Clase II esquelética —mandíbula retrognática “pequeña”—, (2) un perfil retrognático —sin barbilla—, además de (3) un resalte positivo —por la corrección de la inclinación lingual de los incisivos centrales superiores—.

La diferencia significativa de tamaño de los maxilares sólo podría resolverse “haciendo grande” el hueso pequeño: en este caso, realizando una **cirugía de avance mandibular**. Para obtener una relación apropiada de las arcadas dentales después del avance mandibular, debería resolverse el apiñamiento de la arcada inferior sin proclinar sus incisivos; esto es, realizando **exodoncias** de dos premolares.

Resumen: se realizó un tratamiento de ortodoncia con exodoncia de dos premolares inferiores, con cirugía de avance mandibular. Después de la remoción de los aparatos de ortodoncia, se colocaron dos facetas de cerámica en los incisivos centrales superiores. **Disciplinas:** ortodoncia, cirugía y prótesis.



FICHA CLÍNICA

Paciente

- Edad: 34.
- Inicio ortodoncia: febrero 96.
- Principal preocupación paciente: dolor articular.

Resumen diagnóstico

- Dólicofacial · Perfil retrognático · Sonrisa gingival (1) · Sonrisa pobre (3).
- Apiñamiento dental superior anterior (2).
- Apiñamiento dental inferior anterior (2) · Curva Spee (3).
- Líneas medias dentales desviadas 1 mm.
- Clase II E (3) –Mandibular–, C II D, div 2 (2) · Incisivos superiores lingualizados (4).
- Sobremordida D (4).
- ATM: historia de ruido y dolor ATM derecha, con un episodio de bloqueo articular abierto 10 años atrás. Exploración clínica: limitación de la apertura (29 mm), crepitación en ambas articulaciones, dolor ATM derecha.
- Perio: festoneado gingival frente incisivo superior irregular (3).
- Otros: abrasión dental #11 (4) · #11 endodonciado –anterior al tratamiento– · Ápices radiculares incisivos estrechos y finos · Defecto esmalte varias piezas.

Tratamiento recomendado –ortodoncia, cirugía y prótesis–

- **Objetivos:** alineamiento dental + nivelar festoneado frente incisivo superior + preparación preprotésica incisivos centrales superiores + abrir la mordida + armonizar el perfil facial + sonrisa atractiva + obtener una guía incisiva y canina apropiadas –ATM–.
- **Aparatología:** multibrackets + elásticos + Hawley modificado.

- **Duración aproximada:** 30.

- **Retención:** indefinida, fija, con arcos linguales por detrás de los dientes anteriores.

- **Posibles limitaciones:** ATM · Reabsorciones radiculares incisivos · Anatomía #11 · Cirugía ortognática.

Secuencia y coordinación con el dentista

- **Revisión dental (1)** inicial y periódicas –cada 8 meses–.
- **Higiene y profilaxis (2)** periódicas –6 meses–.

- **Ortodoncia (3).**

- **Exodoncias (4)** #34, #44.

- **Cirugía ortognática (5)** avance mandibular.

- **Final ortodoncia + retención (6).**

- **Prótesis (7)** facetas de cerámica #11 y #21.

Resultados obtenidos

Sonrisa atractiva y saludable + alineamiento dental + torque incisivos centrales superiores + rehabilitación estética del frente incisivo superior + resalte y sobremordida apropiados + armonización del perfil facial + ATM sin dolor, con cirugía de avance mandibular, facetas de cerámica en #11 y #21 y exodoncias de dos premolares inferiores, en 32 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.
- En los **casos complejos**, después de lo anterior, resultará obvio que sólo pueden resolverse con **tratamientos interdisciplinarios**: diferentes disciplinas trabajando coordinadamente para obtener una **solución global** a los problemas que presentan estos pacientes.
- Los pacientes con malas oclusiones dentales, sonrisas pobres y desarmonías faciales buscan una **solución global** para su boca y cara que contemple la **función**, la **estética** y la **durabilidad** de los resultados obtenidos.
- A pesar de que sólo un pequeño número de **disfunciones temporomandibulares** se puede relacionar directamente con alteraciones oclusales, la lingualización de los incisivos

superiores combinada con la sobremordida, en pacientes sintomáticos, probablemente se pueda incluir en este grupo.

- Los **tratamientos monodisciplinares** no suelen ser efectivos en los casos complejos: la ortodoncia no puede alargar dientes gastados, ni hacer crecer mandíbulas pequeñas en pacientes adultos, ni la prótesis es la mejor opción para alinear dientes o angular incisivos retroinclinados.
- 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.
- 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**. ●



Frente y perfil faciales antes del tratamiento.



Oclusión dental antes del tratamiento.



Arcadas dentales antes del tratamiento.



Panorámica y telerradiografía antes del tratamiento.



Radiografía periapical inicio tratamiento.



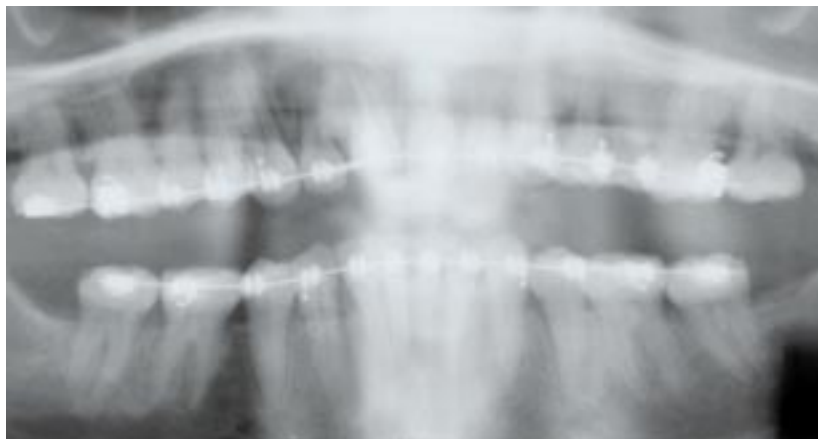
Frente y perfil faciales antes de la cirugía.



Oclusión dental antes de la cirugía.



Arcadas dentales antes de la cirugía.



Telerradiografía y panorámica antes de la cirugía ortognática.



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.



Frente incisivo superior: secuencia de tratamiento.



Sonrisa antes y después del tratamiento.



Detalle de sonrisa antes y después del tratamiento.