



## Caso IX:

# Ortodoncia, Periodoncia Mucogingival y Prótesis en el Frente Incisivo Superior

### DR. JAUME JANER SUÑÉ



#### AUTORES

**Dr. Jaume Janer Suñé**

Ortodoncista  
www.janerortodoncia.com

**Dr. Josep María Aixalà Abelló**  
Odontólogo

**Dr. Antonio Santos Alemany**  
Periodoncista

**Joan Balanya Pooch**  
Ceramista (Lab. Jamboree)  
Barcelona

## Introducción

Presentamos el **Tratamiento Multidisciplinar (TM)** de una mutilación dental antigua de ambos incisivos centrales, rehabilitados en dos ocasiones con sendas prótesis fijas en el frente incisivo superior (FIS), en una paciente de 47 años.

## Tratamiento

La **armonía en la sonrisa** requiere de un **frente incisivo superior** que cumpla con el mayor número posible de los siguientes **requisitos**: (1) festoneado del margen gingival nivelado con la presencia de papilas gingivales y una exposición gingival al sonreír adecuada, (2) dientes con forma, tamaño, número, color y simetría con sus homólogos contralaterales apropiados, (3) alineamiento dental y (4) una arcada dental redondeada y no comprimida.

Los **tratamientos dentales en el FIS son los más exigentes** y el de prótesis dental el que más. El resultado estético que se obtendrá cuando se decida tratar protésicamente los incisivos superiores será inversamente proporcional al número de variables afectadas que dichos dientes presenten antes de recibir la prótesis. Así pues, si se decide tratar exclusivamente con prótesis un FIS que no cuenta con unas condiciones al menos aceptables para la ubicación física de la prótesis

—espacio y tejidos blandos—, ésta no conseguirá un **resultado estético** satisfactorio para el paciente, independientemente de la extensión de la misma. La frustración para los pacientes aumenta cuando se pretende mejorar el resultado protésico obtenido con una primera prótesis con la confección de una segunda sin haber creado antes las condiciones adecuadas para su recepción.

Por ello, el **objetivo principal del TM** de la paciente que presentamos era corregir o mejorar el mayor número de variables que afectaban negativamente a la armonía —léase naturalidad— de su FIS: (1) forma, tamaño y color de los dientes, (2) arquitectura del margen gingival y (3) forma y anchura de la arcada dental, antes de confeccionar una tercera prótesis.

- **Ortodoncia.** Notas preliminares: (1) los brackets de cerámica fueron cementados primero en la prótesis de metal cerámica que originalmente llevaba la paciente y luego en las prótesis de metal resina que se colocaron más adelante; (2) la **adherencia de los brackets** a la cerámica y a la resina es menor que al esmalte natural, pero no hasta el punto de no hacer posible el tratamiento; (3) dos dientes que sean **pilares protésicos** que se deseen desplazar con ortodoncia no pueden estar unidos directamente o a través de un pónico: deben ser liberados, manteniendo los dientes pónicos, si los tuvieran, como plantillas de los dientes futuros, además de por razones estéticas si son

dientes anteriores; (4) el **cementado de los brackets** para un diente pilar y su pónico debe hacerse de manera que el surco del bracket del pónico esté exactamente al mismo nivel que el del bracket del pilar; (5) la ortodoncia durante el TM permite **modificar la prótesis provisional de forma ilimitada**, asegurando un resultado protésico final sin sorpresas –tamaño, forma, simetría, oclusión–. Se inició la ortodoncia excepcionalmente sólo por la arcada superior: (1) menor tiempo de tratamiento en la arcada inferior por su simplicidad; (2) no se había cerrado el plan protésico para el cuarto cuadrante; (3) laboriosidad en el manejo ortodóntico de detalle en el FIS. Su aportación al TM en la arcada superior consistió en: (1) expandir la arcada superior, (2) redondear la arca superior, (3) crear espacio para aumentar la anchura de los incisivos centrales, (4)

nivelar el festoneado gingival y (5) permitir la modificación a la carta de la prótesis provisional.

- **Manejo protésico:** se realizó la primera parte del TM utilizando la prótesis que la paciente llevaba como plantilla: primero se seccionó entre los incisivos centrales para permitir el movimiento individualizado de los incisivos laterales; posteriormente, se dejó el margen gingival de los incisivos laterales supragingival con el objetivo de estabilizar dicho margen y se redujo la altura por gingival de los incisivos centrales para crear espacio para el primer injerto mucogingival. Se confeccionaron y colocaron dos **prótesis provisionales** de metal resina –pilar en incisivos laterales e incisivos centrales pónicos–. Las prótesis provisionales deben ser **plantillas exactas de la prótesis definitiva** que los pacientes finalmente reciben.



Fig. 1. Visión general, situación inicial: sonrisa, FIS, oclusión y arcada superior.



En la paciente que presentamos no ocurrió así y las prótesis provisionales tuvieron que ser modificadas extensamente en clínica. La elección del color de la prótesis definitiva del FIS fue el resultado de un compromiso: por un lado, la paciente no consideró extender la prótesis a los caninos para "aclara" su color más oscuro y, por el otro, unos incisivos más "blancos" hubieran destacado negativamente con el resto de los dientes vecinos.

- **Encía marginal** de canino a canino. Festoneado gingival: el margen gingival de los **incisivos laterales** estaba ubicado más a gingival que el resto de los dientes anteriores, especialmente el del #13. Además se partía de una línea de sonrisa adecuada –gingival al margen dentogingival–. Se tomó el margen gingival del #23 como referencia. La ortodoncia descendió –extruyó– ambos incisivos laterales y niveló el #13 con el #23. El defecto de la cresta alveolar a nivel de los centrales, que con la maniobra anterior se hizo más evidente, se resolvió con **cirugía mucogingival de aumento del reborde alveolar** –dos injertos de tejido conectivo– combinada con el manejo de la prótesis provisional que se colocó después de la

cirugía para conseguir el efecto visual de emergencia dental "desde" la encía y a la altura dentogingival adecuada. La vestibulización ortodóntica del #13 contribuyó a elevar su margen gingival que acabó de corregirse mediante gingivectomía.

Además (1) se normalizó el tamaño de la corona protésica del #36; (2) la paciente aceptó el cambio de la prótesis del cuarto cuadrante: se liberó el #45 y mediante elásticos en Z se vestibularon los dientes de dicho cuadrante para una mejor coordinación transversal con la arcada superior expansionada, a lo que también contribuyó la sobredimensión transversal de la corona protésica del #45; (3) el apiñamiento de la arcada inferior se resolvió con expansión dental y proclinal de los incisivos inferiores y (4) no se corrigió la Clase II dental.

**Resumen:** se realizó (1) modificación de la prótesis existente, (2) ortodoncia, (3) cirugía mucogingival –defecto de la cresta alveolar– y gingivectomía, (4) prótesis provisional, (5) final de la ortodoncia y (6) prótesis definitiva.

**Disciplinas:** ortodoncia, periodoncia mucogingival y prótesis.

## FICHA CLÍNICA

### Paciente

- Edad: 47.
- Inicio Ortodoncia: 9-00.
- Principal preocupación de la paciente: "no me gustan mis dientes delanteros".

### Resumen diagnóstico

- Dolicofacial • Perfil armónico • Sonrisa pobre (3).
- Arcada dental superior: Mutilación dental #11 y #21 • Prótesis #12 a #22 con anatomía –forma y tamaño– y color pobres.
- Arcada dental inferior: Apiñamiento (2) • Curva Spee (2,5) • Mutilación dental #46 con prótesis #45 a #47 • Corona #36 sobredimensionada.
- Líneas medias dentales: inferior hacia izquierda 1,5 mm.
- Clase I esquelética, C II dental izquierda (2) • Resalte = 3 mm.
- Frente incisivo superior (FIS): Festoneado gingival desnivelado (3).
- Periodoncia: Gingivitis generalizada (1) • Defecto del reborde alveolar anterosuperior tipo 3 de Seibert -#11 y #21.
- ATM: Máxima apertura interincisal (42) • Diferencia CO/CR < 0,5 mm • Asintomática.

### Tratamiento recomendado –Ortodoncia, periodoncia mucogingival y prótesis dental

- **Objetivos TM:** rehabilitar el frente incisivo superior: crear el espacio adecuado para una nueva rehabilitación protésica del #12 al #22 –con simetría dental, proporción de las anchuras dentales adecuada, cerámica estética, anchura de la arcada dental anterior aumentada–, contribuir a nivelar el festoneado gingival + aumento del reborde alveolar en #11 y #21 + rehabilitación protésica de la arcada inferior + alineamiento dental inferior + "redondear" la arcada dental superior + eliminar el resalte dental + coordinar las arcadas dentales.
- **Aparatología:** multibrackets + elásticos.
- **Duración aproximada:** 22 meses.
- **Retención:** indefinida, fija, en la arcada inferior con arco lingual.
- **Posibles limitaciones:** Aumento mucogingival del reborde alveolar #11 y #21 • Color cerámica de FIS • Proclinal incisivos inferiores.

### Secuencia y coordinación globales del tratamiento

- **Revisión dental** (1) Inicial y periódicas –cada 10 meses–.
- **Prótesis I** (2)
  - Liberar #11 y #21 por mesial.
  - Corona provisional #36.
- **Ortodoncia** (3)
- **Prótesis II** (4)
  - Reducir por gingival la longitud de las coronas del #12 al #22.
  - Liberar #46 por mesial –póntico.
- **Periodoncia** (5) Cirugía mucogingival en el FIS.
  - 2 injertos de tejido conectivo (técnica de Langer y Calagna) para la corrección del defecto del reborde alveolar\*.
  - gingivectomía #13.
- **Prótesis III** (6) Provisional metal resina #12 a #22.
- **Final ortodoncia + Retención** (7)
- **Prótesis IV** (8)
  - Frente incisivo superior: #12 a #22.
  - Cuarto cuadrante: #45 a #47.
  - Corona #36.

### Resultados obtenidos con el TM

Rehabilitación protésica del frente incisivo superior de #12 a #22 con: (1) expansión y "redondeado" de la arcada dental superior; (2) simetría, forma, tamaño y color dentales adecuados; (3) nivelación del festoneado gingival; (4) aumento del reborde alveolar en #11 y #21 con formación posterior de pseudo papilas gingivales + rehabilitación protésica de la arcada inferior + alineamiento dental inferior y nivelación de la Curva de Spee + eliminación del resalte dental + arcadas dentales coordinadas, en 22 meses.

\* La paciente desestimó realizar una gingivoplastia de la zona intervenida para mejorar el resultado estético obtenido.

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



## Comentarios

- **La armonía en la sonrisa** requiere de un **frente incisivo superior** que cumpla con el mayor número posible de los siguientes **requisitos**: (1) festoneado del margen gingival nivelado con la presencia de papilas gingivales y una expo-

sición gingival al sonreír adecuada, (2) dientes con forma, tamaño, número, color y simetría con sus homólogos contralaterales apropiados, (3) alineamiento dental y (4) una arcada dental redondeada y no comprimida.

- El tratamiento exclusivamente protésico de un **FIS con limitaciones** –espacio insuficiente, tejidos blandos defi-

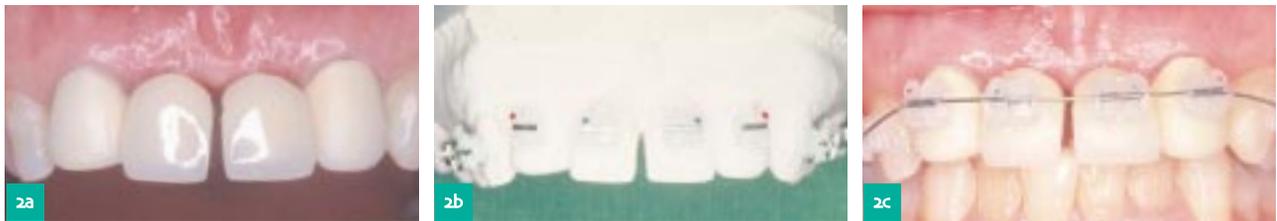


Fig. 2. Modificación de la prótesis antigua antes del inicio de la ortodoncia (a), cementado de los brackets en el modelo (b) y arcada superior después del cementado indirecto de los brackets (c).



Fig. 3. Oclusión dental durante el tratamiento.



Fig. 4. Detalle del FIS antes (a y c) y después (b y d) de la cirugía mucogingival.



cientes, etc.–, difícilmente conseguirá un resultado estético satisfactorio para el paciente.

- Durante los TM del FIS, la **ortodoncia** permite **modificar la prótesis provisional de forma ilimitada** asegurando un resultado protésico final sin sorpresas –tamaño, forma, simetría, oclusión–.

- El **cementado de los brackets** para un diente pilar y su pónico debe hacerse de manera que el surco del bracket del pónico esté exactamente al mismo nivel que el de su pilar.
- La prótesis provisional debe ser una **plantilla exacta de la prótesis definitiva** que los pacientes finalmente reciben. ●



Fig. 5. Detalle de la sonrisa con la prótesis provisional antes y después de ser modificada en clínica.



Fig. 6. Oclusión dental antes (a, c y e) y después (b, d y f) del tratamiento.



Fig. 7. Arcadas dentales. Visión oclusal antes (a y b), durante (c y d) y después del tratamiento (e y f).

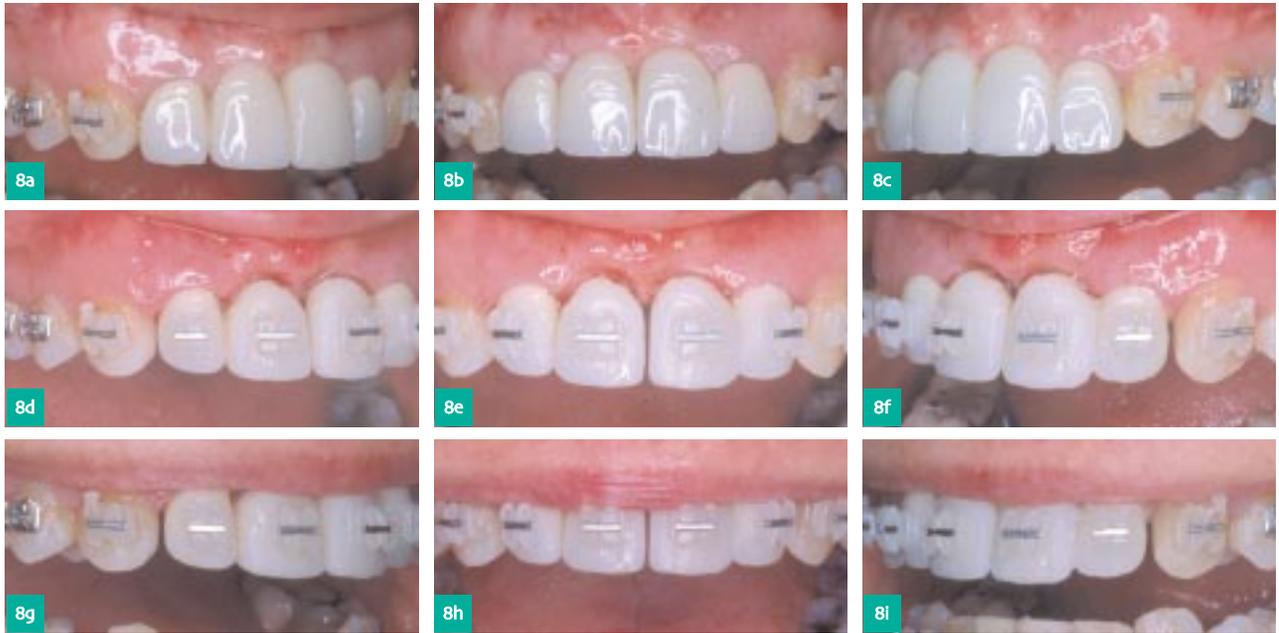


Fig. 8. Detalle del FIS antes (a-c) y después (d-i) de modificar en clínica la prótesis provisional durante el tratamiento MD.



Fig. 9. Detalle del FIS antes (a-c) y después (d-f) del tratamiento.

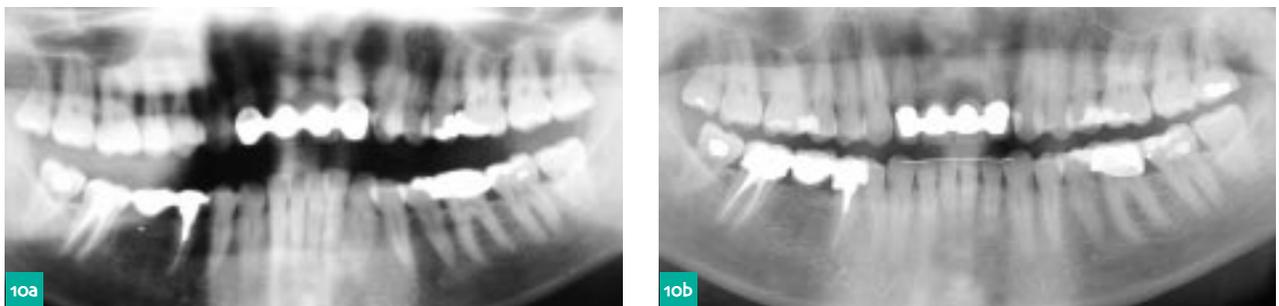


Fig. 10. Panorámicas antes y después del tratamiento.



Fig. 11. Telerradiografías antes y después del tratamiento.



Fig. 12. Distancia del margen gingival al reborde alveolar de las coronas protésicas del #11 y del #21. Después del tratamiento (b) ha aumentado sensiblemente.

60



Fig. 13. Detalle de la sonrisa. Visión frontal y lateral después del tratamiento MD.



Fig. 14. Detalle de la sonrisa, diferente extensión, después del tratamiento MD.



Fig. 15. Sonrisa antes y después del tratamiento MD.