



Tema III:

Manejo de la Extracción de un Incisivo Inferior por Periodontitis

DR. JAUME JANER SUÑÉ

AUTORES

Dr. Jaume Janer Suñé Ortodoncista • www.janerortodoncia.com
Dr. Antonio Santos Alemany Periodoncista.
Dr. Eduard Vichino Sanper Periodoncista.
Barcelona



54

Aunque poco frecuentes, en ocasiones acuden a nuestras consultas pacientes con **periodontitis crónica** (PsC), con un **incisivo central inferior insalvable** como consecuencia de una pérdida ósea completa de su soporte, todo ello asociado a un apiñamiento dental del frente incisivo inferior (FII) marcado. Presentamos dos situaciones idénticas desde el punto de vista periodontal y de discrepancia óseo-dentaria –apiñamiento– resueltas de maneras opuestas.

Manejo de los tratamientos orto-perio

Cuando el dentista, el periodoncista o el ortodoncista valoran realizar un TMD orto-perio por primera vez, es probable que se planteen las siguientes preguntas:

Nivel de hueso mínimo necesario

- Pregunta: ¿es necesario un mínimo nivel de hueso alveolar para que un diente con un periodonto reducido pueda ser desplazado ortodónticamente?
- Respuesta: no
- Comentario: no hay en la literatura ningún trabajo que aborde dicha cuestión. Por experiencia clínica sabemos que la ortodoncia puede llevarse a cabo en dientes con un mínimo soporte óseo, siempre y cuando el control de placa sea efectivo.

Ortodoncia en dientes periodontales

- Pregunta: ¿cómo de bien o de mal “resisten” la ortodoncia los dientes con soporte periodontal reducido?

- Respuesta: muy satisfactoriamente.
- Comentario: tanto la literatura publicada al respecto como la experiencia clínica avalan lo anterior, siempre y cuando los tratamientos se lleven a cabo (1) en periodonto sano aunque reducido, (2) en un plazo de tiempo limitado –12 a 14 meses–, (3) con arcos superelásticos y, en la medida de lo posible, brackets de baja fricción. Es excepcional la pérdida de dientes durante la ortodoncia.

Pacientes periodontales con mal oclusiones

- Pregunta: ¿estarán mejor desde el punto de vista periodontal, dental y/o estético si no son tratados ortodónticamente?
- Respuesta: en la mayor parte de los casos, no.
- Comentario: con la ortodoncia y la retención fija después de aquella, los pacientes con apiñamiento dental, separación progresiva de sus dientes anteriores, sobremordidas, etc., obtendrán (1) estabilidad dental acompañada de (2) un cambio estético formidable.
A pesar de que los pacientes con periodonto reducido serán tratados y monitorizados por su dentista o periodoncista antes, durante y después de la ortodoncia, es imprescindible que el **ortodoncista** involucrado en tratamientos combinados orto-perio tenga unos sólidos **conocimientos de periodoncia** que le permitan (1) valorar el resultado del tratamiento periodontal inicial –antes de la ortodoncia– y (2) evaluar repetidamente durante la ortodoncia el impacto que el movimiento dental tiene sobre el periodonto.

Cuando se realiza un **TMD** de dientes anteriores con **periodonto reducido**, “salvar” los dientes o alinearlos correctamente puede que no sea suficiente, ya que los **resultados estéticos** finales son tan relevantes como lo es la eliminación de la periodontitis. Ello es especialmente significativo cuando se aborda el frente incisivo superior por incluir los dientes que conforman la sonrisa del paciente. Con la edad, los bordes incisales del FII suelen mostrarse al hablar y menos frecuentemente al sonreír, por lo que el resultado estético final de los mismos debe ser tenido en cuenta. En consecuencia, **para mejorar la sonrisa** y la apariencia dental de los pacientes con **TMD orto-perio** es necesario: (1) prevenir la pérdida innecesaria de más encía, (2) realizar el tratamiento ortodóntico con seguridad y (3)

modificar tridimensionalmente la anatomía de los dientes para que se parezcan lo más posible, en forma y tamaño, al diente original.

Control de placa durante la ortodoncia: los pacientes son instruidos en el uso del SuperFloss® –Oral B®– para la higiene interdental, y en el uso del **cepillo eléctrico** para el resto de las superficies, especialmente la vestibular. Son **monitorizados** por su dentista o periodoncista cada **4/6 meses**, y en todas las visitas de ortodoncia debe eliminarse la placa que pueda haberse acumulado mediante instrumentación manual y/o ultrasónica.

La **retención** de la posición final de los dientes se lleva a cabo con **arcos linguales** cementados de forma indefinida de canino a canino.

Caso I

Paciente referida por su periodoncista para el TMD de la extracción programada de un incisivo central inferior sin salvación posible, asociada a un apiñamiento marcado del FII. El incisivo lateral vecino había perdido, además, la práctica totalidad de su soporte óseo por mesial. Se plantea un TMD orto-perio a pesar del soporte óseo comprometido del #31, para cerrar el espacio de la extracción.

Alternativas: la única posible hubiera consistido en un TMD perio-prótesis muy complicado y agresivo.

- Exodoncias de #32, #31 y #41, implantes y prótesis. Además de su agresividad y coste económico elevado, el resultado final estético a nivel del tercio incisal de los incisivos resultaría comprometido por el tamaño de los mismos –demasiado espacio para tres incisivos, pero espacio insuficiente para cuatro incisivos–.
- Exodoncias de los cuatro incisivos inferiores más una prótesis dentosoportada de canino a canino. Más agresiva que la anterior, igual compromiso estético por el tamaño disponible para los dientes, además del tamaño de los dos caninos.

MINIFICHA CLÍNICA

Resumen diagnóstico: mujer de 31 años, con PsC –#41 sin soporte óseo y #31 con mínima altura ósea por mesial–, apiñamiento dental marcado en el FII.

Plan de tratamiento:

- Tratamiento periodontal no quirúrgico.
- Exodoncia #41.
- Ortodoncia: cerrar el espacio creado por la exodoncia y alinear el FII; duración, 14 meses.

Limitaciones: PsC, diente #31; no se aborda la rehabilitación protésica posterior de la arcada inferior por limitaciones económicas de la paciente; resalte dental al final del tratamiento.



Fig. 1. Situación inicial: oclusión dental (a), FII (b) y arcada inferior (c).



Fig. 2. Arcada inferior, secuencia del TMD.

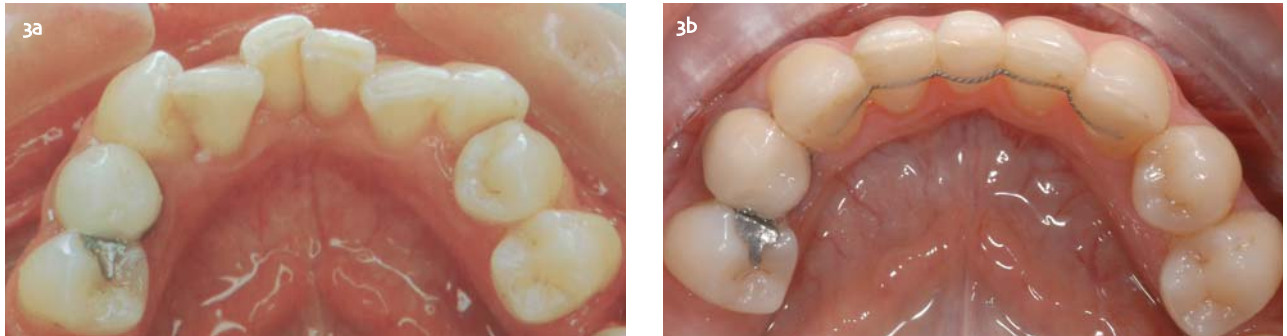


Fig. 3. Arcada inferior (a) antes y (b) después del TMD.

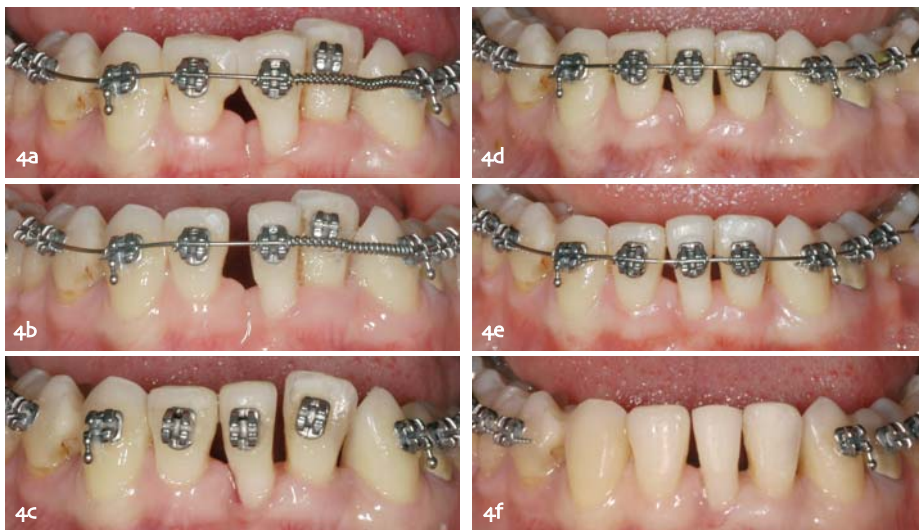


Fig. 4. FII: secuencia del TMD.



Fig. 5. FII (a) antes y (b) después del TMD.



Fig. 6. Oclusión dental (a) antes y (b) después del TMD.



Fig. 7. FII después del TMD.

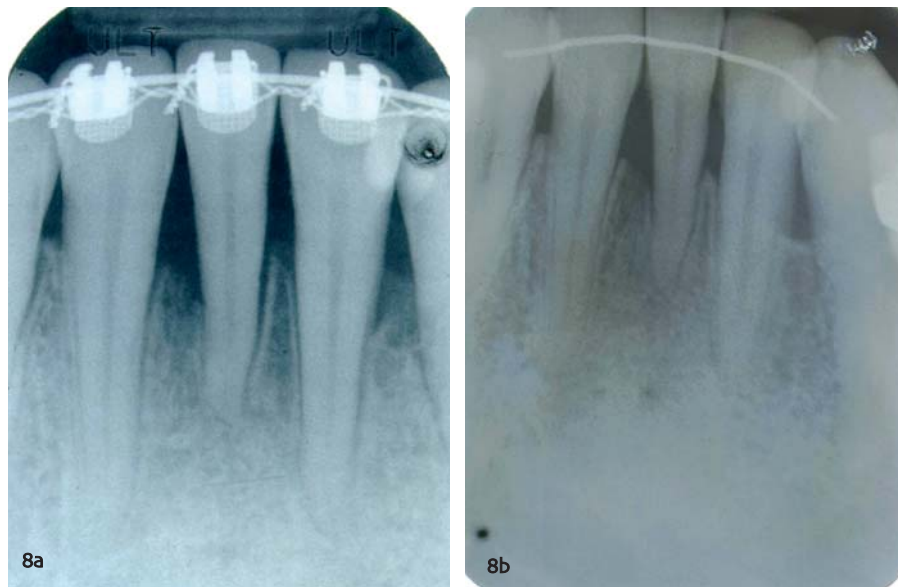


Fig. 8. Periapicales (a) durante y (b) después del TMD.

60

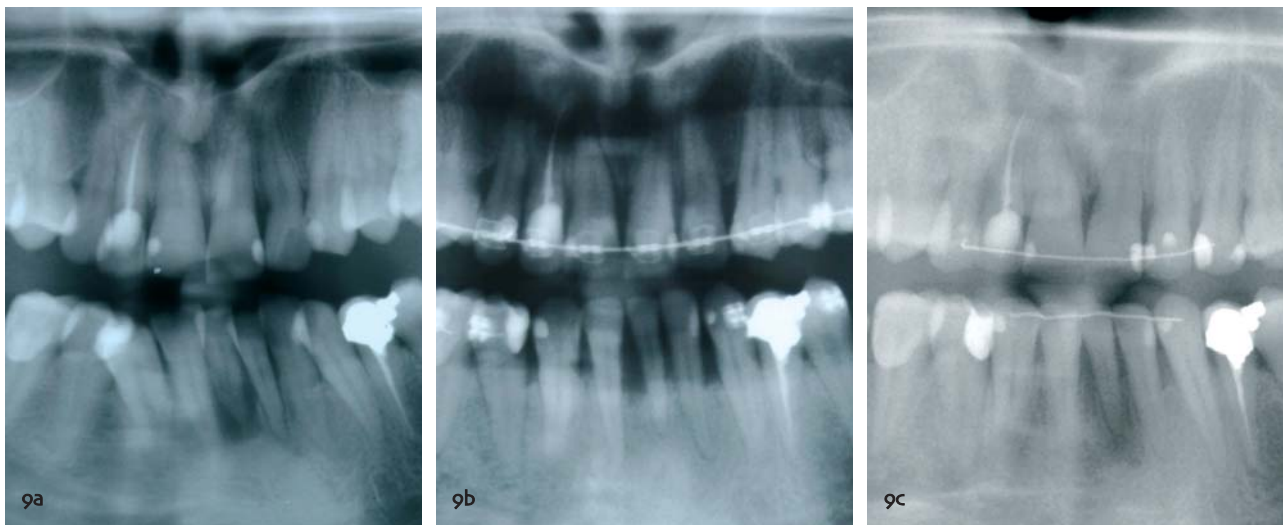


Fig. 9. Panorámicas (a) antes, (b) durante y (c) después del TMD.



Fig. 10. Detalle de la sonrisa (a) antes y (b) después del TMD.

Caso II

Paciente referida por su periodoncista para el TMD de la extracción programada de un incisivo central inferior sin salvación posible, asociada a un apiñamiento marcado del FII, apiñamiento en la arcada superior y lingualización de los incisivos superiores.

Se plantea un TMD orto-perio-prótesis. La lingualización de los incisivos superiores condiciona el plan de tratamiento. Veamos por qué: la paciente es informada de la enorme ganancia estética que su sonrisa obtendría si sus dientes anteriores superiores e inferiores fueran alineados y adquirieran el torque adecuado –grado de inclinación linguo –vestibular–, además de un mejor soporte para sus labios. La ubicación tridimensional adecuada de los dientes del frente incisivo superior (FIS) con ortodoncia –que incluiría su vestibulización– permitiría ubicar todos los dientes del FII perfectamente alineados y en adecuada oclusión con sus antagonistas al crearse el resalte dental idóneo para ello. Es decir, que en lugar de cerrar el espacio de la exodoncia y alinear el FII, se plantea, y la paciente acepta, un proyecto más ambicioso en objetivos, sin que ello varíe la duración de la ortodoncia. En consecuencia, en el proceso de alineamiento de los dientes del FII se abrirá el espacio adecuado para el reemplazo protésico

del incisivo central insalvable a pesar de implicar la necesidad de una rehabilitación protésica compleja.

A pesar de que el #31 probablemente será exodonciado después de la ortodoncia, será igualmente ubicado correctamente en su arcada por tres razones: (1) servirá de plantilla del diente protésico futuro –espacio tridimensional–, (2) por estética dental durante la ortodoncia –evitamos crear otro “hueco” entre los dientes del FII– y (3) movilizarlo con ortodoncia no implica ningún esfuerzo extra, ni mecánico ni de tiempo.

Alternativas

- TMD orto-perio alineando y cerrando los espacios entre los tres incisivos residuales. Requeriría terminar con los incisivos inferiores marcadamente lingualizados –ya lo estaban inicialmente–, y con las troneras mesial y distal del #31, sin encía, difícilmente camuflables: triángulos negros extensos que se mostrarían al hablar.
- TMD perio-prótesis: exodoncia de los cuatro incisivos, dos implantes en las zonas de los incisivos laterales y una prótesis con tres incisivos. Es un planteamiento que consideramos razonable porque (1) mantendría intactos los caninos y (2) resultaría viable camuflar el espacio dejado entre los caninos con tres incisivos protésicos, aunque se perdería la oportunidad de cambiar su sonrisa.

MINIFICHA CLÍNICA

Resumen diagnóstico: mujer de 56 años, con PsC –#41 sin soporte óseo–; apiñamiento dental marcado en el FII; lingualización de los incisivos superiores e inferiores.

Plan de tratamiento:

- Periodoncia
 - Injerto libre de encía en el FII.
 - Tratamiento no quirúrgico para la PsC.
- Exodoncia #41.
- Ortodoncia: abrir el espacio adecuado para la colocación del diente exodonciado, alinear la arcada inferior y la superior; duración 12 meses.
- Prótesis: tipo y diseño pendiente del comportamiento del diente #31. Se camuflará provisionalmente el espacio creado para el #41

con composite y se retendrá el alineamiento dental obtenido con un arco lingual.

Limitaciones: PsC, alternativas protésicas:

- Prótesis de Maryland: solución rápida y económica pero con retención poco fiable.
- Exodoncia #31, injerto óseo, colocación de un implante, prótesis removible temporal durante la osteointegración y una prótesis de dos coronas para los incisivos centrales sobre el implante.
- Exodoncia de los tres incisivos restantes: (1) exodoncia #31, (2) prótesis provisional de lateral a lateral, (3) injerto óseo, (4) exodoncias #32 y #42, (5) dos implantes inmediatos posexodoncia, (6) prótesis provisional inmediata de cuatro incisivos y (7) prótesis definitiva.



Comentarios

- No se requiere un **nivel mínimo de hueso alveolar** para mover ortodónticamente un diente.
- El **ortodoncista** debe tener unos sólidos **conocimientos de periodoncia** para (1) valorar el resultado del tratamiento periodontal inicial y (2) evaluar repetidamente el impacto que el movimiento dental tiene sobre el periodonto.
- En los **TMD** de dientes anteriores con **periodonto reducido**, “salvar” los dientes o alinearlos correctamente puede que no sea suficiente, ya que los **resultados estéticos** finales son tan relevantes como lo es la eliminación de la periodontitis.
- **Para mejorar la sonrisa** de los pacientes con **TMD ortoperio** es necesario: (1) prevenir la pérdida innecesaria de más encía, (2) realizar el tratamiento ortodóntico con seguridad y (3) modificar tridimensionalmente la anatomía de los dientes para que se parezcan lo más posible, en forma y tamaño, al diente original.
- **Control de placa durante la ortodoncia:** uso de SuperFloss® –Oral B®– para las superficies interproximales y cepillo eléctrico para el resto de las superficies. Monitorizados por su dentista o periodoncista cada 4/6 meses, en todas las visitas de ortodoncia se elimina la placa mediante instrumentación ultrasónica y/o manual.
- **Retención** después de la ortodoncia con **arcos linguales** cementados de forma indefinida de canino a canino. ●

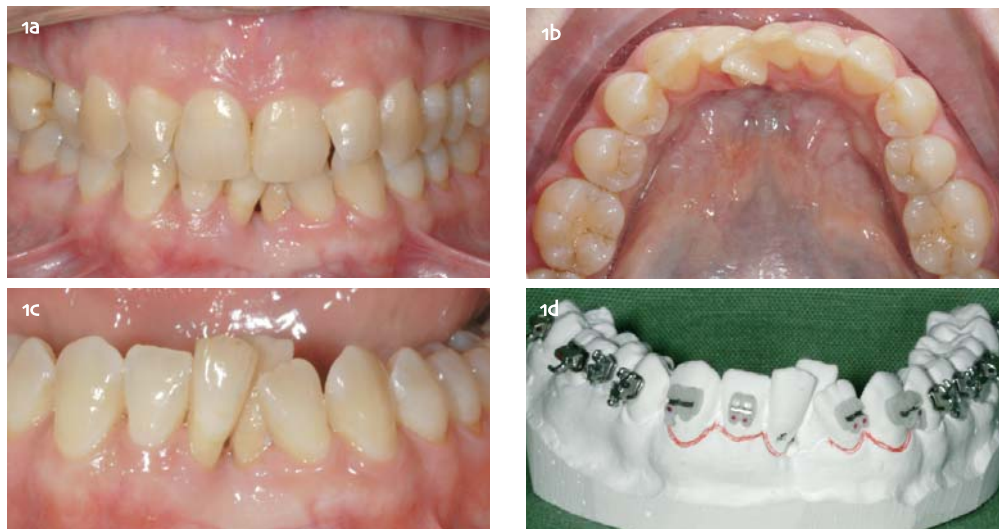


Fig. 1. Situación inicial: (a) oclusión dental, (b) arcada inferior, (c) FII y (d) modelo inferior con el cementado de los brackets realizado.

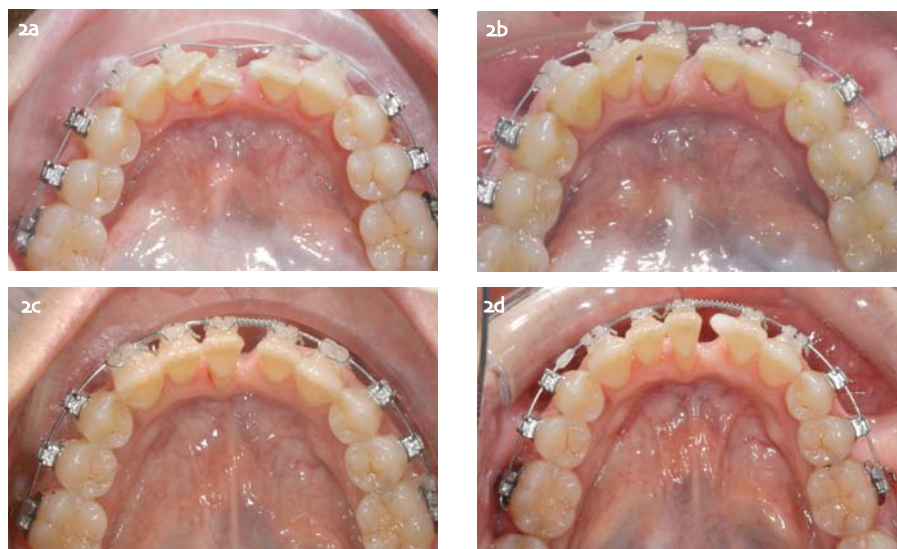


Fig. 2. Arcada inferior, secuenciadel TMD.



Fig. 3. Arcada inferior, (a) antes y (b) después del TMD.



Fig. 4. FII, progresión del TMD.



Fig. 5. FII (a) antes y (b) después del TMD.



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



Fig. 7. Oclusión dental, visión caudal, después del TMD.

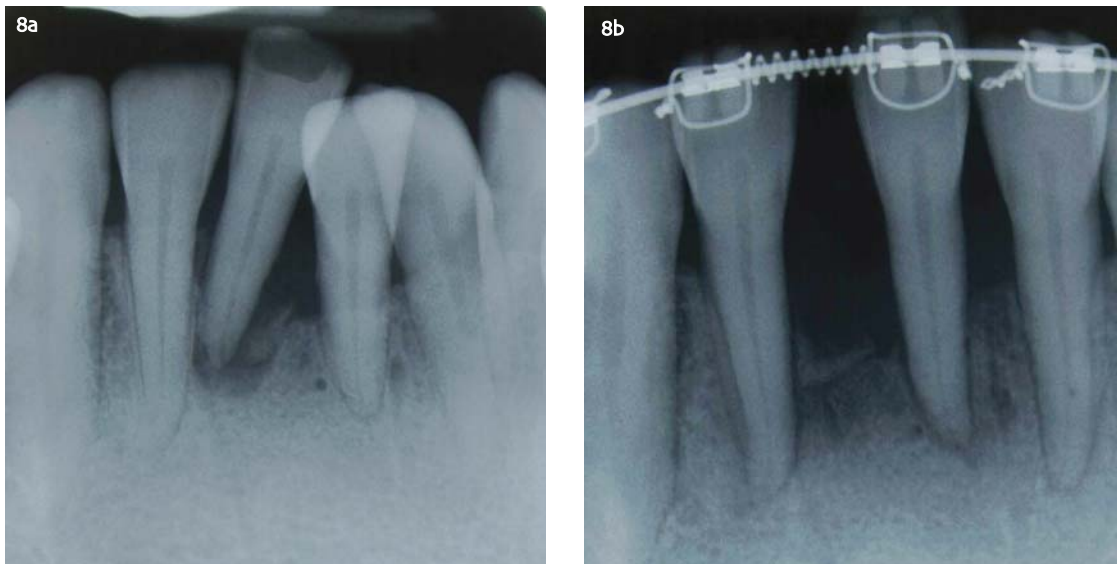


Fig. 8. Periapicales (a) antes y (b) durante el TMD.

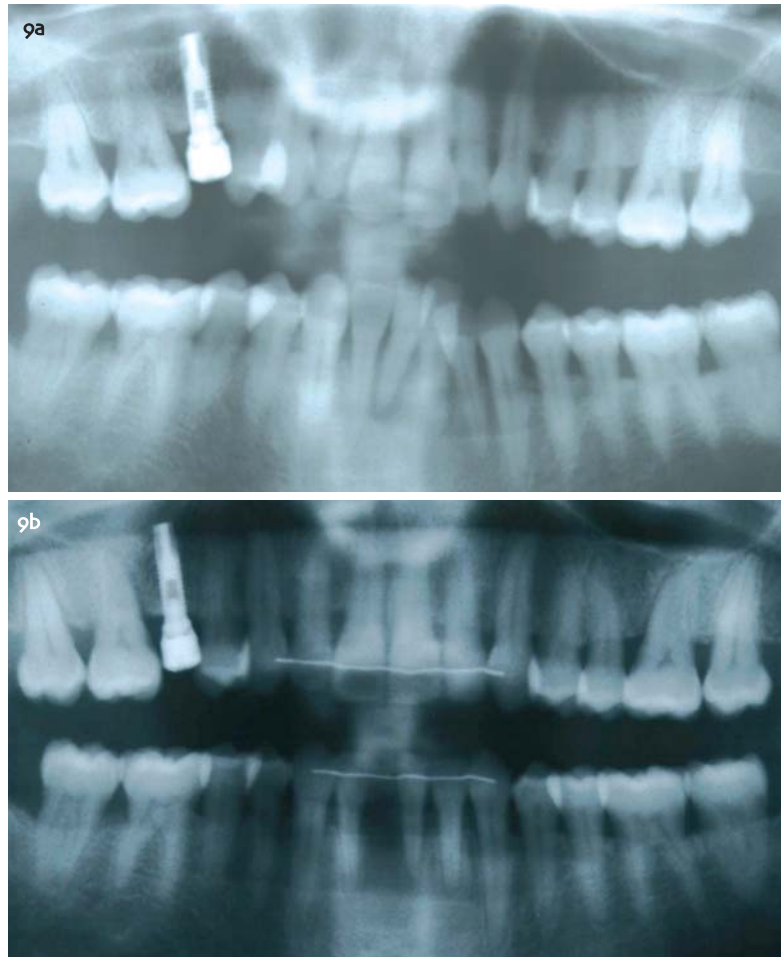


Fig. 9. Panorámicas (a) antes y (b) durante el TMD.

70



Fig. 10. Sonrisa (a) antes y (b) después del TMD.