

GACETA

D E N T A L

INDUSTRIA Y PROFESIONES

N.º 118

MAYO 2001

500 Ptas./3 Euros

14 firmas españolas acudieron como expositores a la IDS de Colonia y. Además...

- Entrevistas con el Dr. Miñana y la Dra. Domínguez
- Los estudios de Prótesis Dental en Europa: España, Francia, Italia, Portugal, Alemania y Suiza



ciencia

Álvaro Larrío Castro*
Ramón Palomero**
Isabel Quilez García**
Ángel Fernández Bustillo**

*ODONTÓLOGO
PRÁCTICA PRIVADA EN ORTODONCIA
**MÉDICO ESPECIALISTA EN CIRUGÍA ORAL Y
MAXILOFACIAL
Pamplona

Corrección ortodonto- quirúrgica de un paciente con mordida abierta esquelética

INTRODUCCIÓN

Las mordidas abiertas constituyen una de las anomalías más completas y complejas que existen en Ortodoncia, ya que en su mayoría son de solución ortodonto-quirúr-

gica y de un alto grado de dificultad en la estabilidad a largo plazo.

PRESENTACIÓN DEL PACIENTE

Paciente de sexo masculino, 16 años con un tercio inferior aumentado, falta de

espacio y mordida abierta anterior,

EXAMEN CLÍNICO

— Altura facial inferior aumentada.
— Falta de competencia labial.

— Asimetría facial Síndrome de Williams (Figuras 1, 2, 3 y 4).

EXAMEN INTRAORAL

— Mordida abierta de 10 mm.
— Contacto oclusal sólo



Fig. 1



Fig. 2



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8



Fig. 9



Fig. 10

REPARACION DE TURBINAS DENTALES

- Reparaciones rápidas.
- Técnicos altamente cualificados.
- Precios sin competencia.
- Reparaciones probadas y garantizadas.

También especializados en la reparación de aparatos de limpieza y lámparas halógenas.
C/ Fragua, 1 Ofc.1201 C.P.28935 MOSTOLES (Madrid)
Tel. 916.146.146 Fax. 916.641.579

B.A. DENTAL EUR PA, s.a.

C/ Fragua, 1 Ofc.1201 C.P. 28935 MOSTOLES (Madrid) Tel. 916.146.146 Fax. 916.641.579

OFERTA TURBINA 650 B.A

Sistema de Sujeción de Fresa por Botón y con Luz

89.999 Ptas
+ I.V.A.





Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21



Fig. 22

a nivel de los primeros y segundos molares.

- Apilamiento superior e inferior
- Reconstrucciones amplias del n.º 16 y 46.
- Vestibularización superior (Figuras 5, 6, 7, 8 y 9).

EXAMEN DE MODELOS Y ARTICULADOR

- Montamos los modelos en R.C. (Figuras 11, 12 y 13).
- Facetas de desgaste en primero y segundo molares.
- Apilamiento superior e inferior.
- C.P.I. pequeña distracción de ambos condilos (Figura 10).



Fig. 23

EXAMEN RADIOGRÁFICO

Nos muestra dentición permanente completa con tercer molar en evolución intraósea y las piezas 16 y 46 con reconstrucción, en la 46 encontramos un pequeño proceso apical (Figura 14).

La teleradiografía lateral en su análisis cefalométrico nos muestra un paciente con una mordida abierta anterior por rotación posterior de la mandíbula, mordida abierta esquelética, protrusión incisiva superior y retroinclinación de incisivos inferiores respecto a su base ósea (Figuras 15 y 16).

DIAGNÓSTICO

Paciente dolicofacial severo, presenta convexidad de 4,5, Clase II esquele-

tal y dentaria, mordida abierta esquelética por hiperplasia vertical posterior del maxilar y rotación posterior mandibular, con protrusión superior y apilamiento inferior.

Buena relación entre la base craneal posterior y la altura de la rama. Pequeña distracción condilar.

PLAN DE TRATAMIENTO

Exodoncia de los cuatro terceros molares.

Exodoncia de los números 15, 25, 35 y 46 (debido a la indicación de su dentista por el proceso apical del paciente).

Realizamos la extracción de los segundos premolares superior e inferior para corregir el apilamiento e intentar no alterar el ángulo nasolabial, por indicación de su dentista hubo que realizar exodoncia del n.º 46.

Osteotomía, Lefort I de impactación, avance y autorrotación mandibular.

Fijación rígida superior
Finalización sin Splint final.

ETAPAS DEL TRATAMIENTO

PREQUIRÚRGICA

Se comenzó la ortodoncia con el sistema de multibracket minitwin, técnica 0,22 del doctor Roth.

En primer lugar, realizamos alineación y nivelación siguiendo una secuencia de arcos ascendentes, se trabajó con barras palatinas en primer y segundo molares, arcos DKL 19x25 superior e inferior para cerrar los espacios, y se terminó con arcos de acero 21x25, preparando al paciente para cirugía ortognática (Figuras 17, 18 y 19).

A lo largo del tratamiento se fueron tomando modelos montándolos en articulador semiajustable Panadent, para ir cerciorándonos de cómo iba realizándose el tratamiento, y previo a la cirugía se realizó la planificación del caso junto con el VTO y la cirugía de modelos (en el articulador Sam II) (Figuras 20, 21, 22 y 23).

QUIRÚRGICA

Tras realizar la planificación conjunta sobre los modelos con el equipo de cirujanos, se decide realizar osteotomía en maxilar superior tipo Le Fort I de avance (7 mm) para mejo-

ULTRADENT

pluto

ergonomía pura



Disponible sólo en los mejores depósitos regionales.

- Previene los dolores de espalda.
- Favorece la circulación sanguínea.
- Absorbe el calor corporal.

Así, se siente bien

IMEX

Tel.: 91 850 85 43
E-mail: imexden@telefonos.es
C/ Narciso Martínez Cabeza nº 14
28400 Collado Villalba (Madrid)



Fig. 24

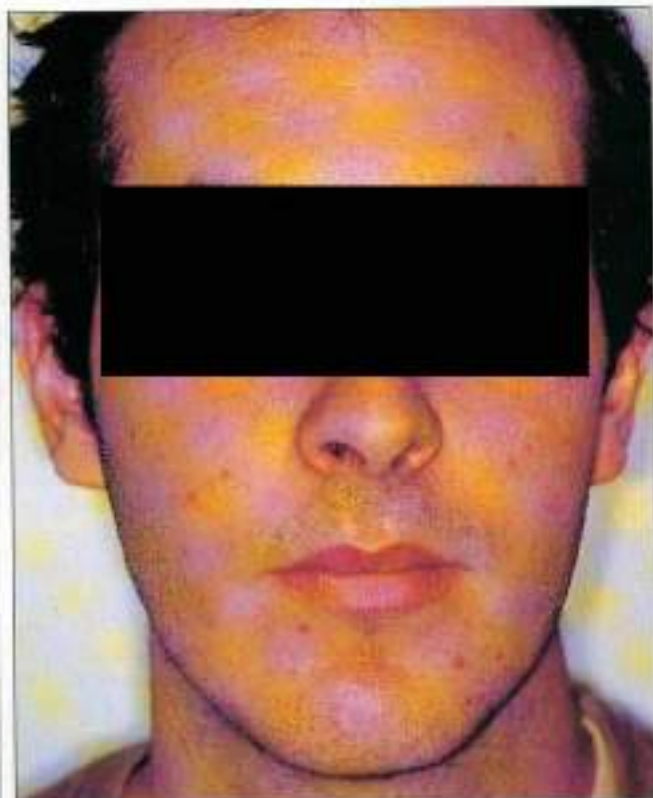


Fig. 25



Fig. 26



Fig. 27



Fig. 28



Fig. 29



Fig. 30



Fig. 31

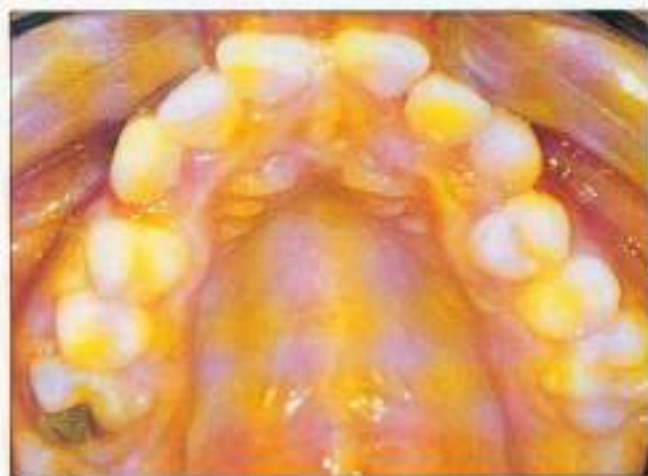


Fig. 32



Fig. 33

rar el soporte labial (el paciente presenta ángulo nasolabial obtuso), impacción posterior maxilar (4 mm) para corregir la mordida abierta y autorrotación de mandíbula para disminuir el tercio facial inferior y proyectar el men-

tón. La oclusión prevista es muy estable, por lo que no se planifica splint final.

La intervención se realiza conforme a lo planificado, sin incidencias, realizándose osteosíntesis rígida mediante miniplacas de titanio preformadas y

técnicas de manejo de partes blandas para el mantenimiento de la estética labial y nasal (realiza plastia en V-Y para proyección del bermellón labial y cincha nasal para disminuir la distancia entre las alas nasales).

POSTQUIRÚRGICA

Se retiraron los aparatos a los tres meses de la cirugía. Se tomaron fotografías del caso y apreciamos, frente a las fotos preoperatorias (Figuras 24, 25, 26 y 27):

— Foto frontal post operatoria, disminución del

Población
Remitido a UEDA



Fig. 34



Fig. 35

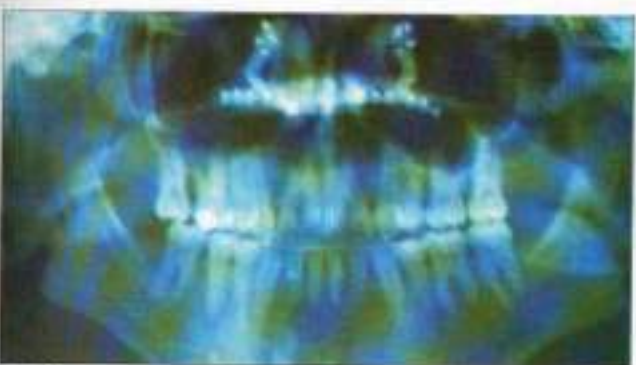


Fig. 36



Fig. 37

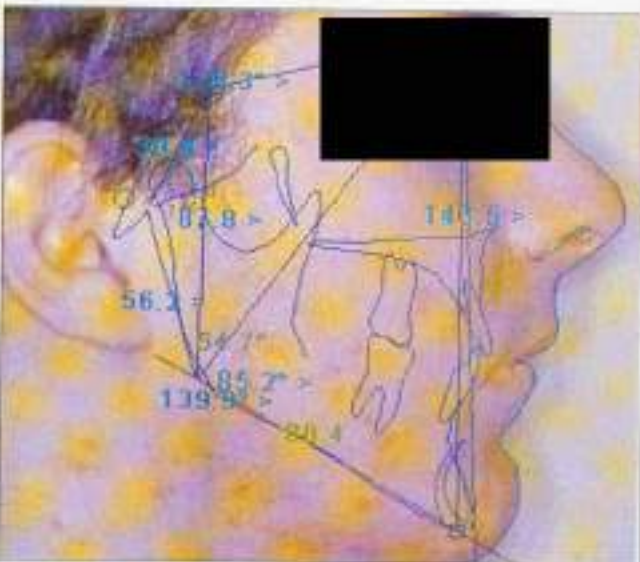


Fig. 38



CARRITO MOVIL 9 CAJONES

2 CAJONES 2 CM ALTO }
 5 CAJONES 5 CM ALTO } MEDIDAS INTERIOR UTIL
 2 CAJONES 8 CM ALTO }

EXISTEN SEPARADORES
 PARA CAJONES

COLORES
 GRIS-VERDE
 GRIS-AZUL
 GRIS

19.900 PTS + IVA
INCLUIDO TRANPORTE

PRODENTE DEPÓSITO DENTAL S.L.
 SAN JULIAN, 20 (PG. LOS CARMENES, BL.4)
 18013-GRANADA
 www.prodente.com
 TFO: 958 15 46 27 - FAX 958 15 15 67



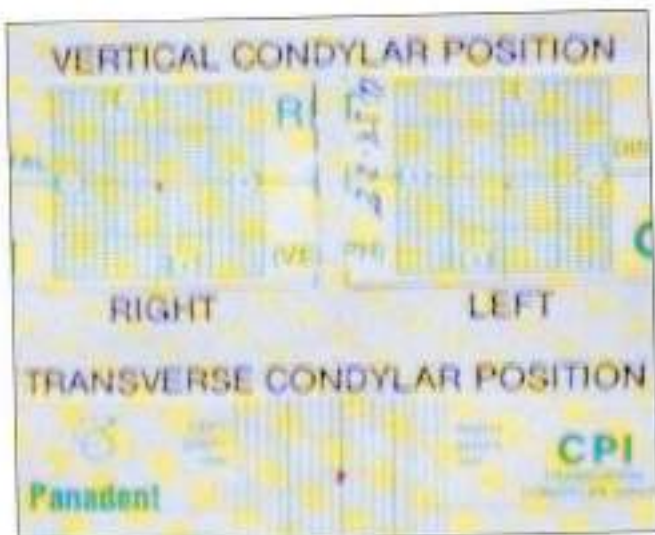


Fig. 39



Fig. 41

BIBLIOGRAFÍA

1. Arnet GW, Bergman R. Facial keys to orthodontic and treatment planing part I. *Planing Am Orthod* 103. 4 abril 1993.
2. Arnet GW, Bergman R. Facial keys to orthodontic and treatment planing part II. *Planing Am Orthod* 103. 5 mayo 1993.
3. Arnet GW, Turley P, Laserte R, Messen E, Gifuentes J. Surgical VS no Surgical tratment for patiens with C. II malocclusion dueto a mandibular deficiency. *Rev. Chilena de Ortodoncia*. 1999
4. Bruce N, Epker PhD, Fish, LC, Stella JP. *Dentofacial deformities: integrated orthodontic and surgical correction*. Volumen III. hardcover 2.ª edition. 1998
5. Fonseca R.J. *Oral and maxillofacial surgery*. Volumen II. WB Saunders. 2000.

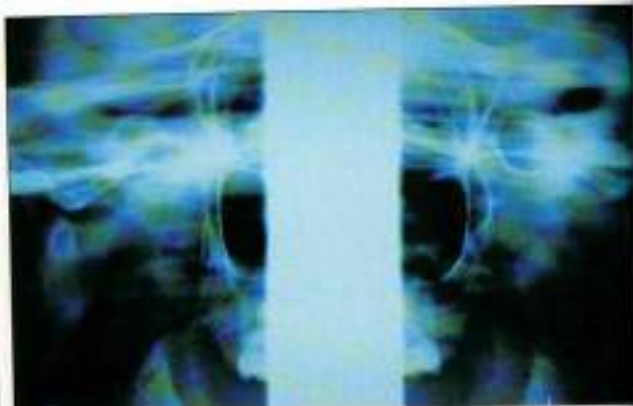


Fig. 40

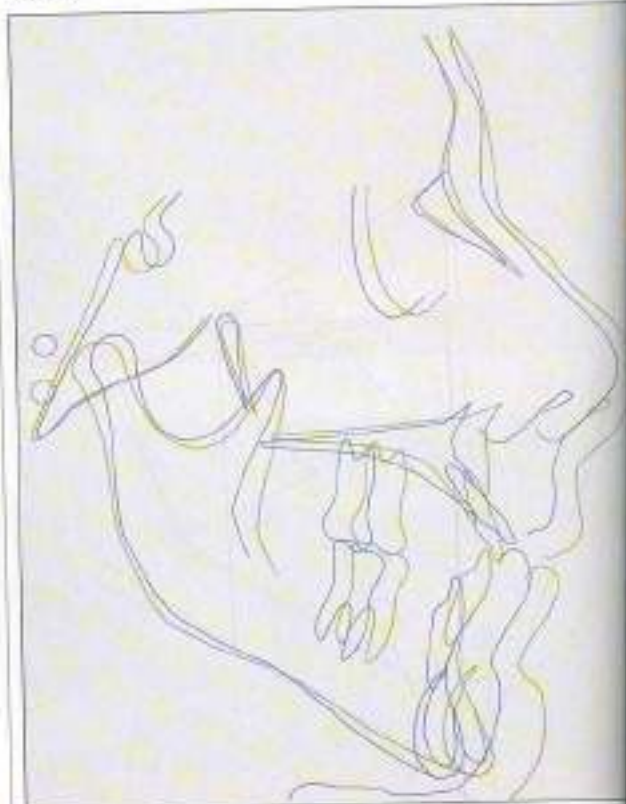


Fig. 42

tercio inferior (Figura 25).

— Foto perfil post operatoria, disminución del tercio inferior y proyección del mentón conseguido por la autorrotación de la mandíbula Oclusión estable (Figuras 28-35).

— Se tomaron Rx finales con su análisis cefalométrico (Figuras 36, 37 y 38), CPI (Figura 39), tomografía de ATM (Figuras 40 y 41) y áreas de superposición (Figura 42).

— Se colocó placa Halley superior y contenida fija inferior (Pentacat 0,13)

CORRESPONDENCIA

Alvaro Larriu Castro
C/Bergamin nº7, 1º izda
31003 Pamplona
larriu@sikeytec.com

AGRADECIMIENTOS

A Ana y Arancha, sin su colaboración no habría sido posible este artículo. ♦