

GACETA

D E N T A L

INDUSTRIA Y PROFESIONES • N.º 140 • SEPTIEMBRE 2003 • 3 €

Hasta Siempre Querido Amigo





ciencia

Dr. Ángel Fernández Bustillo
CIRUJANO DENTAL Y MAXILOFACIAL
PRÁCTICA PRIVADA Y EXCLUSIVA EN
IMPLANTOLOGÍA Y CIRUGÍA
ORTOGNÁTICA

Dr. Álvaro Larrío
ESPECIALISTA EN ORTODONCIA,
PRÁCTICA PRIVADA Y EXCLUSIVA DE
ORTODONCIA

Pamplona

Dr. Pedro Villarreal
CIRUJANO MAXILOFACIAL
HOSPITAL CABALLERIS
Gijón

Multisegmentación del maxilar superior; nuevos conceptos en Cirugía Ortognática y Ortodoncia (filosofía del Dr. Arnett). Capítulo I.

INTRODUCCIÓN

La osteotomía del maxilar superior para el tratamiento de las deformidades dentofaciales data del 1870, autores como Cheever y Wassmund la usan para la corrección de mordidas abiertas, siendo Axhausen quien la utiliza por primera vez en 1934 para la realización de un avance maxilar. Numerosas modificaciones han sido introducidas en la técnica de realización de la osteotomía tipo Le Fort I desde entonces. Es importante señalar cómo la osteotomía nace de las diferentes escuelas europeas, fundamentalmente Alemana, y evoluciona gracias a las aportaciones americanas. Así, nuestra técnica de hoy esta basada en las modificaciones que autores como Bennet y Wolford hacen en 1985, y en estudios que en esa misma época desarrollan autores como Bell, relacionados con la anatomía vascular del maxilar.

La multisegmentación del maxilar superior,

como técnica habitual en la cirugía correctora del maxilar superior, es a nuestro juicio la gran aportación realizada por el doctor Arnett a la cirugía ortognática moderna; no sólo en su indicación, ya que autores como Bell y Wolford la indican en un 80 y 90 por ciento, respectivamente, sino en los detalles de su realización, así como en la creación de material específico para llevarla a cabo.

El control de los tejidos



Figura 1



Figuras 2, 3 y 4

blandos, un correcto diseño de las osteotomías y por supuesto una planificación milimétrica del caso permite realizar una segmentación del maxilar en cuatro partes, disminuyendo el riesgo de recidiva y pseudoartrosis, permitiendo un manejo mucho más exacto de la oclusión final.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Mujer de 31 años de edad, sin antecedentes de interés para el caso, acude a consulta presentando un problema funcional y articular, compresión maxilar, con mordida abierta anterior.

EXAMEN CLÍNICO

— Hipoplasia maxilar.

— Tercio inferior aumentado.

— Línea media superior desviada hacia la izquierda.

— Incompetencia labial.

— Deglución atípica e

interposición lingual (Figuras 1, 2, 3 y 4).

— Semiología en disco articular derecho de luxación anterior sin reducción.

EXAMEN INTRAORAL:



Figura 5

MODELOS Y ARTICULADOR

Clase II subdivisión, Clase II del lado derecho y I del izquierdo.

— Abrasión en zona de molares.

— Desviación de línea media superior (Figuras 5, 6 y 7).

— Discrepancia en el cpi (Figuras 8 a, b, c y d).

— Curva de Spee superior aumentada.

EXAMEN RX

La ortopantomografía nos muestra ausencia de los números 47, 48 y 38.

— Restauraciones: 17, 27, 28,

— Disminución de hueso en la zona antero superior.

— La telerradiografía nos presenta una mordida



Figura 6



Figura 7



Figuras 8 a, b, c y d

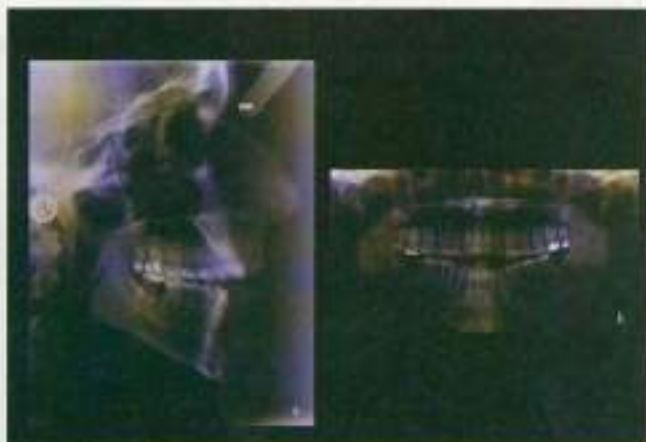


Figura 9 a y b

abierta en dos planos, por exceso de crecimiento vertical del maxilar superior e interposición lingual (figuras 9 a y b).

DIAGNÓSTICO

Paciente dolicofacial, con mordida abierta en dos planos, línea media superior desviada hacia la izquierda, tercio inferior aumentado con incompetencia labial y deglución atípica.

PLAN DE TRATAMIENTO

Exodoncia de los terceros molares superiores

— Ortodoncia por segmentos.

— Realizaremos le fort i segmentada en "h" o cuatro fragmentos con impacción para reducir el tercio inferior, cerrar la mordida abierta anterior y

realizar expansión de la arcada superior.

ETAPAS DE TRATAMIENTO (PREQUIRÚRGICA)

Iniciamos el tratamiento de ortodoncia por segmentos, en ningún caso nivelamos la curva de spee superior ortodónticamente, ya que lo realizamos de una manera quirúrgica, respetando siempre la forma de arcada original, tanto vertical como transversalmente (Figuras 10, 11 y 12). Desprogramamos al paciente y al realizar la ortopantomografía y comprobar que presenta divergencia de raíces, no necesitamos efectuar separación de coronas para que el cirujano realice la osteotomía interdental (Figura 13). Tomamos la rx lateral de cráneo con

los puntos cefalométricos del doctor Arnett (Figura 14) y realizamos su "stca" y "ctp" (Figura 15).

QUIRÚRGICA

Una vez realizada la incisión y la desperiostización ósea se marcan las osteotomías interdentales con grafito estéril, y antes de

comenzar con la osteotomía reglada en escalón del maxilar superior se procede a realizar la parte interdental, exclusivamente en su tercio superior, colocando el OSTEOTOMO INTERDENTAL del doctor Arnett en el espacio interradicular existente, no siendo necesaria su



Figura 10



Figura 11



Figura 12

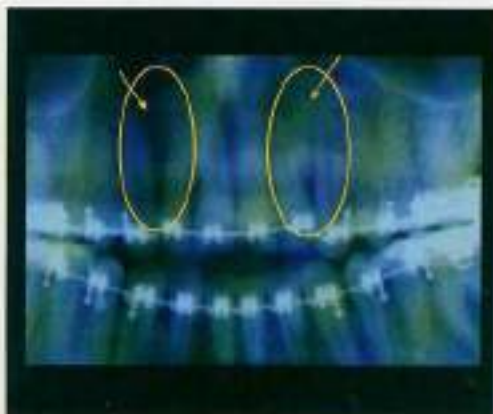


Figura 13



Figura 14



Figura 15



Figura 16



Figura 17



Figura 18



Figura 19



Figura 20

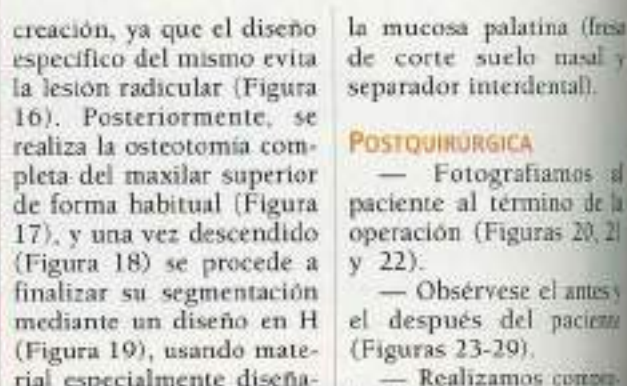


Figura 21



Figura 22

creación, ya que el diseño específico del mismo evita la lesión radicular (Figura 16). Posteriormente, se realiza la osteotomía completa del maxilar superior de forma habitual (Figura 17), y una vez descendido (Figura 18) se procede a finalizar su segmentación mediante un diseño en H (Figura 19), usando material especialmente diseñado para la conservación de

la mucosa palatina (fresa de corte suelo nasal y separador interdental).

POSTQUIRURGICA

— Fotografiamos al paciente al término de la operación (Figuras 20, 21 y 22):

— Obsérvese el antes y el después del paciente (Figuras 23-29).

— Realizamos comparación de rx finales.

Obsérvese el perfecto estado de las raíces, la consolidación de los fragmentos y el aumento de hueso (Figuras 30 a y b).

— Realizamos áreas de superposición y cpi finales (Figuras 31 a y b).

— Guía anterior y desoclusiones posteriores (Figuras 32 a y b).

— Lado de trabajo derecho y desoclusión izquier-

da (Figuras 33 a y b).

— Lado de trabajo izquierdo y desoclusión derecha (Figuras 34 a y b).

CORRESPONDENCIA

Dr. Ángel Fernández Bustillo
anferbus@terra.es

Dr. Álvaro Lariu
C/Bergamín, 7 1.º izda
Tel.: 948 23 22 86
lariu@sikeytec.com ♦



Figura 23



Figura 24



Figura 25



Figura 26



Figura 27



Figura 28



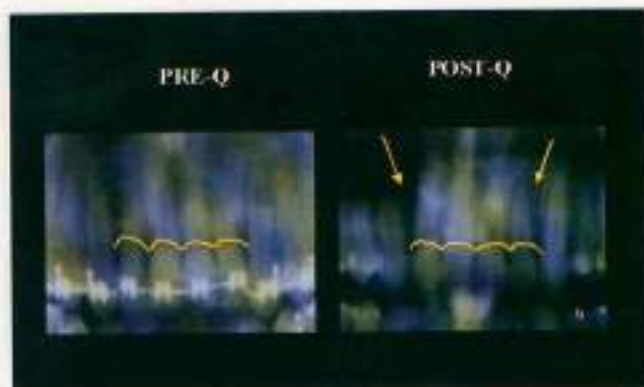


Figura 30



Figura 31



Figura 32



Figura 33



Figura 34



BIBLIOGRAFIA

1. Arnett GW, Jeffrey SJ, Elic, Jone Kim, Cummins DK, Beress A, Mac Donald Worley C, Chung B, Bergman R. Soft tissue cephalometric analysis: diagnosis and treatment planning of dentofacial deformities. *Revista Chilena de Ortodoncia* (2002); 19: 7-19.
2. Arnett GW, Bergman R. Facial Keys to orthodontic diagnosis and treatment planning part I. *Planing An Orthod* 103; 4 abril, 1993.
3. Arnett GW, Turley P. Facial Keys to orthodontic diagnosis and treatment planning part II. *Planing An Orthod* 103; 5 mayo, 1993.
4. Arnett GW, Messen E, Cifuentes J, Laserre R. Surgical VS no Surgical treatment for Patients With C II malocclusion Due to a mandibular deficiency. *Revista Chilena de Ortodoncia*, 1999.
5. Arnett GW, Mac Donald C Jr. The treatment motivation surgery: defining patient motivation for treatment. *Am L Orthod Dentofacial Orthop*, 1998; 115: 233-8.
6. Bruce N, Epker Ph D, Leward C, Fish, Stella JR. Dentofacial deformities: Integrated Orthodontic and Surgical Correction. Vol. III. Hardcover 2ª edición, 1988.
7. Fonseca RJ. Oral and Maxillofacial Surgery. Vol II, WB Saunders, 2000.