

Premios GACETA DENTAL

INDUSTRIA Y PROFESIONES • N.º 152 • OCTUBRE 2004 • 4 €





ciencia

Dr. Ángel Fernández Bustillo

QUIRURANO ORAL Y MAXILOFACIAL
PRÁCTICA PRIVADA Y EXCLUSIVA EN
IMPLANTOLOGÍA Y CIRUGÍA ORTOGNÁTICA
Pamplona

Dr. Álvaro Larrú

ESPECIALISTA EN ORTODONCIA
PRÁCTICA PRIVADA Y EXCLUSIVA DE ORTODONCIA
Pamplona

Dr. Iñaki Sánchez

QUIRURANO ORAL Y MAXILOFACIAL
Vitoria

Cirugía multisegmentada del maxilar superior. Nuevos conceptos en Cirugía Ortognática y Ortodoncia (parte VI)(filosofía del Dr. Arnett)

Cirugía bimaxilar multisegmentada con rotación antihoraria. La mandíbula como unidad básica de planificación

INTRODUCCIÓN

Además de la multisegmentación maxilar, una de las aportaciones más valiosas del doctor Arnett a la cirugía ortognática moderna, ha sido la rotación antihoraria maxilar y la posibilidad de plantear el caso, partiendo de la man-

díbula como unidad básica de planificación.

La finalidad de este artículo es presentar este nuevo método de planificación, revolucionario a nuestro juicio, dejando para posteriores publicaciones la explicación con detalle de la rotación antihoraria maxilar.

PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 32 años que acude a nuestra consulta refiriendo problema oclusal, presentando dolor articular, deficiente masticación y numerosas exodoncias tanto en maxilar superior como inferior.

EXAMEN CLÍNICO

- Diastemas anteriores
- Mordida abierta
- Clase II estética (Figuras 1-4).

EXAMEN INTRAORAL. MODELOS Y ARTICULADOR

- Diastemas anteriores
- Mordida abierta anterior.



Figura 1



Figura 2



Figura 3



Figura 4



Figura 5



Figura 6 a y b

— Falta de los dientes números 25, 26, 36, 37 y 46.

— Discrepancia en el CPI (Figuras 5 y 6 a y b).

EXAMEN RX

— Observamos ausencia de los dientes números 25, 26, 36, 37 y 46.

— Obturaciones en los dientes números 14, 15, 16, 17, 24, 27, 35, 37 y 47.

— Raíz con posible anquilosis (Figura 7 a y b).

DIAGNÓSTICO

Paciente braquifacial, presenta clase II esquelética y dentaria con interposición lingual y mordida abierta

con ausencia de numerosas piezas dentales, discrepancia en el CPI.

PLAN DE TRATAMIENTO

Alineación y nivelación sin cambiar la forma de arcada tanto transversal como verticalmente (Figuras 8 y 9 a y b). Realizaremos osteotomía sagital de rama con rotación antihoraria + Lefort I multisegmentada en cuatro fragmentos.

Comenzaremos la cirugía ortognática por el maxilar inferior, mantendremos los espacios en 26, 36 y 46 para la posterior colocación de implantes.

ETAPAS DE TRATAMIENTO

PREQUIRÚRGICO

Se comienza la ortodoncia con brackets 0,22 respetando la forma de arcada tanto vertical como transversalmente. Realizamos Rx prequirúrgicas lateral y ortopantomografía tomando como referencia los puntos cefalométricos del doctor Arnett (Figura 10 a y b). Realizamos STCA y CTP (Figura 11 a y b).

ETAPA DE LABORATORIO

Realizamos férula quirúrgica comenzando a planificar el caso a partir de la mandíbula (Figura 12 a, b, c y d).

Obsérvese como, siendo un caso de clase II, nuestros modelos se encuentran en clase III, lugar en el cual nosotros realizamos nuestra férula quirúrgica; obsérvese el espacio existente entre el maxilar superior e inferior imprescindible para la rotación antihoraria y cambio del plano oclusal (Figura 13 a, b, c y d).

QUIRÚRGICO

Obsérvese en las Figuras 14, 15 y 16 el comienzo de las osteotomías partiendo de la mandíbula, posteriormente realizaremos Lefort I multisegmentado en cuatro fragmentos (Figura 17), realizando las osteotomías interdentes entre lateral y canino de manera habitual.

POSTQUIRÚRGICO

— Fotografiamos la boca del paciente al término de la operación (Figuras 18 y 19 a y b).

— Vemos el antes y después del paciente (Figuras 20-26).

— Observamos las desoclusiones, guía anterior y desoclusiones posteriores, lado de trabajo derecho desoclusión izquierda.

— Desoclusión derecha y lado de trabajo izquierdo (Figura 27).

— Tomamos Rx finales (Obsérvese aumento de vías aéreas, cambio del plano oclusal y proximidad del mentón a la norma sin mentoplastia) (Figura 28 a y b).

CONCLUSIONES

VENTAJAS

— Mayor control de ambos cóndilos.

— Menor riesgo de una reposición condilar.

— Menor riesgo de problemas articulares (reabsorción condilar).

— Mejor manejo de la

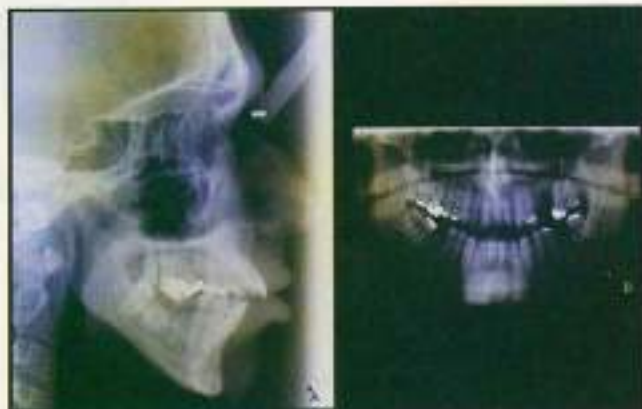


Figura 7 a y b



Figura 8



Figura 9 a y b



Figura 10 a y b



Figura 11

exposición dentaria en casos segmentados.

— Mejor manejo de la estética.

— Mayor facilidad y precisión al colocar la oclusión en la multisegmentación ya que no utilizaremos férula quirúrgica

sino la propia mandíbula.

— Menor tiempo de ortodoncia al terminar con una oclusión totalmente estable (OC = RC).

DESVENTAJAS

— Mayor dificultad y laboriosidad en la elabora-

ción del plan de tratamiento y trabajo de laboratorio (mayor número de modelos, mayor trabajo en la realización de la férula intermedia, etc.).

— La línea media superior depende totalmente de la línea media inferior.

CORRESPONDENCIA

Dr. Ángel Fernández Bustillo
e-mail:

clinicabustillo@terra.es

Dr. Álvaro Larriu

C/ Bergamín, 7, 1.º izda.

Tel.: 948 23 22 86

e-mail:

clinicalarriu@terra.es

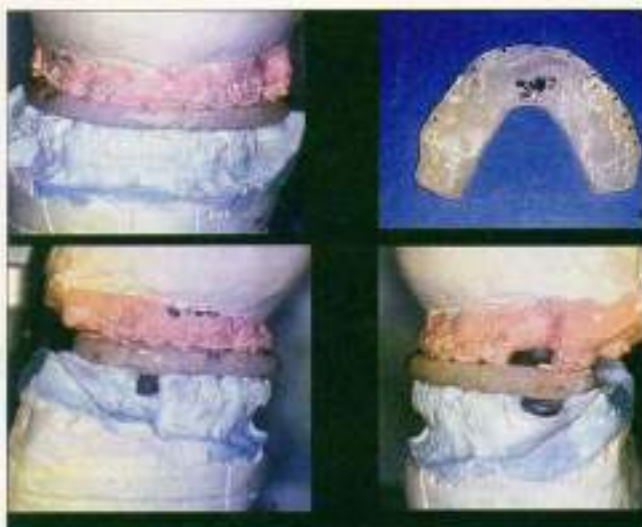


Figura 12 a, b, c y d



Figura 13 a, b, c y d



Figura 14



Figura 15



Figura 16

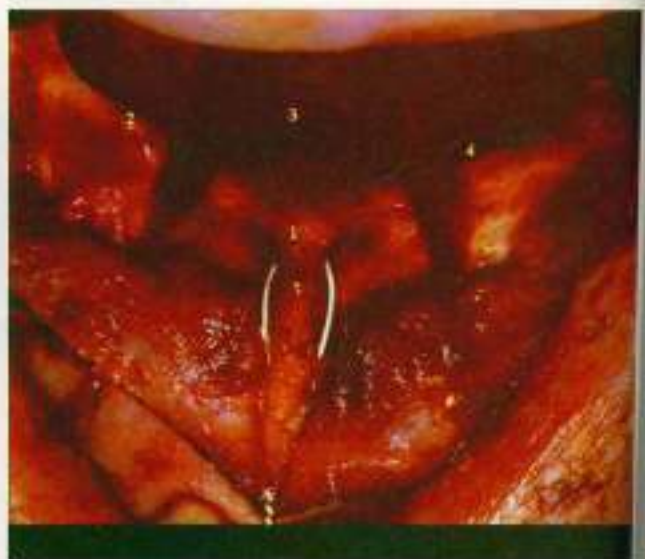


Figura 17



Figura 18



Figura 19



Figura 20 a y b



Figura 21 a y b



Figura 22 a y b



Figura 23 a y b



Figura 24 a y b



Figura 25 a y b



Figura 26 a y b



Figura 27a-g



Figura 28 a y b

BIBLIOGRAFÍA

1. Arnett GW, Jeffrey SJ, Elic, Jone Kim, Cummins DR, 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 Am Orthod* 103, 4 abril 1993.
3. Arnett GW, Turley P. Facial Keys to orthodontic diagnosis and treatment planning part II. *Planing Am 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 J Orthod Dentofacial Orthop*, 1999, 115: 233-8.
6. Bruce N, Epker Ph D, Leward C, Fish, Stella JP. *Dentofacial deformities: Integrated Orthodontic and Surgical Correction*. Vol. III. Hardcover, 2.ª edición, 1998.
7. Fonseca RJ. *Oral and Maxillofacial Surgery*. Vol II, W.B. Saunders, 2000.