

Crónica de Septiembre:

- Rodríguez Zapatero visitó el Consejo General de Odontólogos.
- Ana Pastor, ministra de Sanidad y Consumo.
- El Consejo General de Odontólogos premia la sonrisa de Almodóvar.

Ciencia y Práctica:

- Dr. Iñaki Gamborena: "Manejo Multidisciplinario del Implante Unitario en Paciente Ortodóntico".
- Dr. Álvaro Larriu: "Tratamiento Ortodóntico de una Maloclusión Clase II, con Sobremordida".

sección
anuncios breves
159-164



Ultracain®

Articaína

El Anestésico odontológico de acción inmediata y segura

Ultracain

con 0,5 mg % de epinefrina

Anestésico de elección en pacientes con hipertensión, arteriosclerosis en fase avanzada, cardiopatías y diabetes

Duración del efecto superior a 45 minutos



Ultracain

con 1 mg % de epinefrina

Indicado principalmente en intervenciones quirúrgicas de la mucosa y óseas que requieran una isquemia particularmente buena

Duración del efecto superior a 75 minutos



COMPOSICION

ULTRACAIN con 0,5 mg% de epinefrina 1 ml de solución contiene: 40 mg de clorhidrato de articaína (D.C.I.), 0,005 mg de clorhidrato de epinefrina (D.C.I.) correspondiente a 0,005 mg de epinefrina base. ULTRACAIN con 1 mg% de epinefrina 1 ml de solución contiene: 40 mg de clorhidrato de articaína (D.C.I.), 0,012 mg de clorhidrato de epinefrina correspondiente a 0,01 mg de epinefrina base.

DESCRIPCION

ULTRACAIN (articaína) es el único anestésico local de tipo amido perteneciente a la serie de los tiofenos.

POSOLOGIA

Para las extracciones dentales simples del maxilar superior (en estadios no inflamatorios) suele ser suficiente un depósito vestibular de 1,8 ml de ULTRACAIN con 0,5 mg% de epinefrina o ULTRACAIN con 1 mg% de epinefrina por pieza dentaria.

CONTRAINDICACIONES

La administración intravenosa está contraindicada. Como contraindicaciones deben citarse la taquicardia paroxística, arritmia absoluta de elevada frecuencia y glaucoma de ángulo estrecho, así como anestesia en el territorio terminal. No debe administrarse en pacientes asmáticos con hipersensibilidad a los sulfitos.

EFFECTOS SECUNDARIOS

Al igual que todos los anestésicos locales pueden presentarse trastornos nerviosos centrales dependientes de la dosis. No pueden excluirse las reacciones alérgicas. Ocasionalmente pueden aparecer reacciones de hipersensibilidad en pacientes afectados de asma bronquial debido al sulfito que entra en su composición.

INTOXICACION Y SU TRATAMIENTO

Si durante la inyección se presentasen los primeros síntomas de efectos secundarios

o de intoxicación, tales como sensación vertiginosa, intranquilidad motora y obnubilación, se interrumpirá la administración y se colocará al paciente en posición horizontal. Deben mantenerse libres las vías respiratorias y controlar el pulso y la tensión arterial.

PRESENTACION Y PRECIOS

ULTRACAIN con 0,5 mg% de epinefrina: Envase con 100 ampollas de 2 ml, P.V.P. IVA-4.- 6.503 Pts. Envase con 100 ampollas cilíndricas de 1,8 ml, P.V.P. IVA-4.- 7.827 Pts. ULTRACAIN con 1 mg% de epinefrina: Envase con 100 ampollas de 2 ml, P.V.P. IVA-4.- 6.503 Pts. Envase con 100 ampollas cilíndricas de 1,8 ml, P.V.P. IVA-4.- 7.827 Pts.

LABORATORIOS
NORMON, S.A.



Marca registrada de Hoechst AG.

septiembre 02



Tratamiento Ortodóntico de una Maloclusión Clase II, con Sobremordida

(Tratada con extracción de premolares superiores y un incisivo inferior, cinco años de control postratamiento)

DR. ÁLVARO LARRIU CASTRO



AUTOR

Licenciado en Odontología. Diplomado en Ortodoncia de adultos por la Sociedad Argentina de Ortodoncia. Diplomado en Ortodoncia por la Escuela de Postgrado de la Asociación Odontológica Argentina. Diplomado en Ortopedia dento-facial por la Fundación Armando Monti (BSAS), CCO III Roth -Williams Center. Arnett Facial Reconstruction Courses, Inc. Práctica privada y exclusiva de Ortodoncia. Pamplona. E-mail: Larriu@sikeytec.com

*Agradecimientos:
A mi amigo el doctor Alfredo Rezola Solauñ,
por su colaboración y confianza,
en todos estos años de profesión.*

Introducción

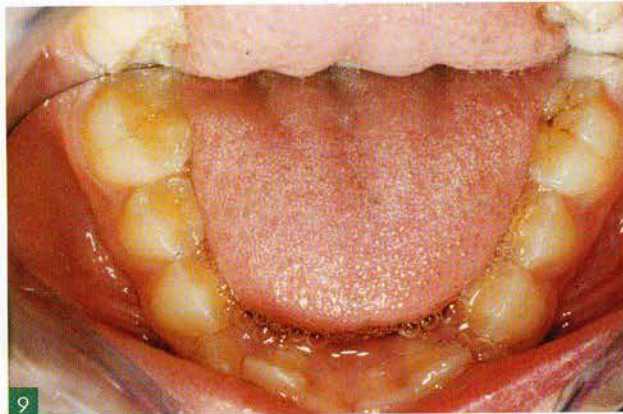
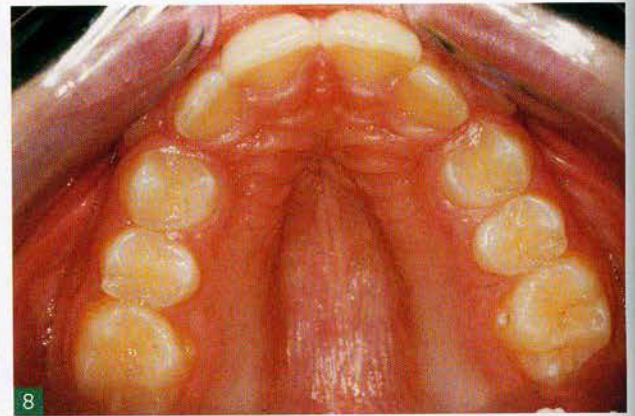
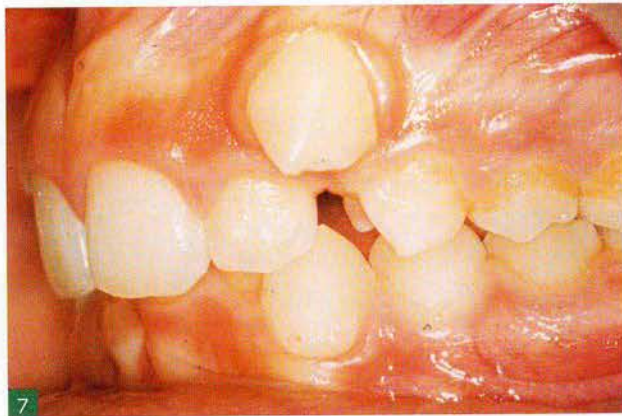
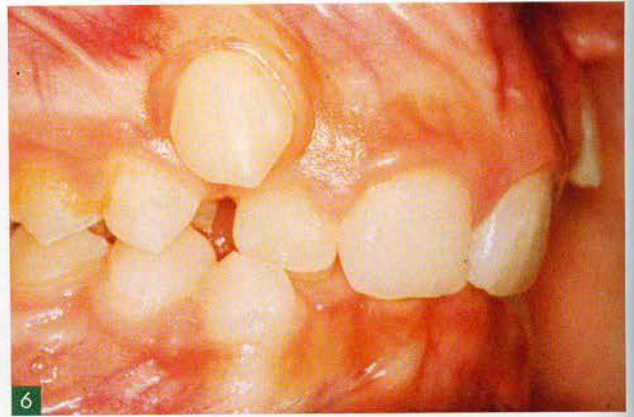
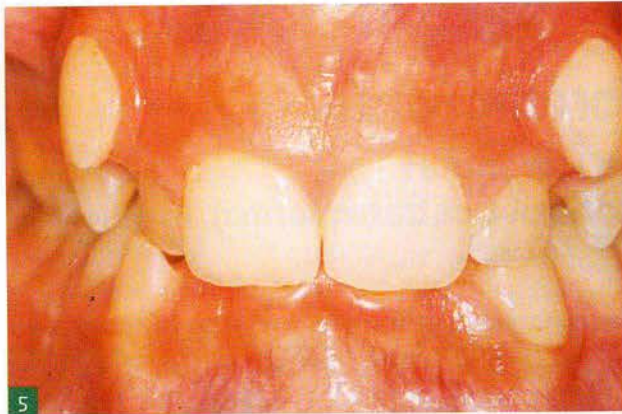
Presentamos el caso de un paciente de clase II con sobremordida y sonrisa gingival, en el cual, tras realizar nuestro diagnóstico ortodóntico y comprobar la severa discrepancia superior e inferior, decidimos efectuar la extracción de los premolares 14 y 24 y del incisivo inferior nº 42. Varios autores (Riedel, Fisher, Schawrz y Little) han publicado casos clínicos explicando las

ventajas y desventajas que conlleva la extracción del incisivo inferior. A continuación vamos a enumerar alguna de ellas:

Ventajas:

- El tiempo de tratamiento es más corto.
- Aconsejado en ciertos tipos de clases III con algún componente de mordida abierta.
- Mecánicamente es más sencillo que la extracción de dos premolares inferiores.





44

Desventajas:

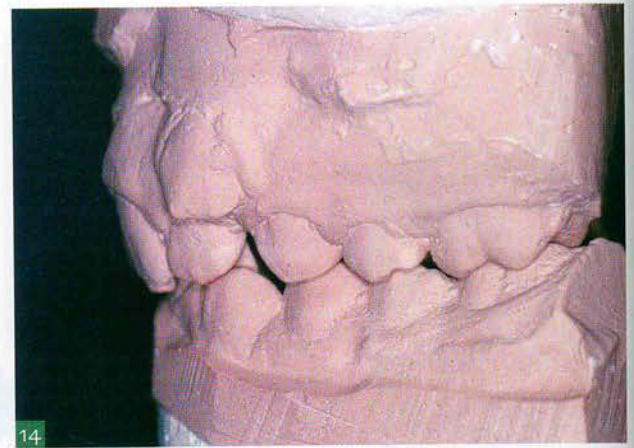
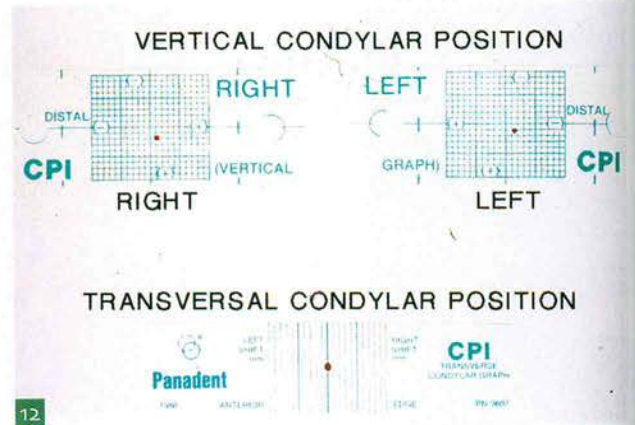
- Difícil de conseguir un acoplamiento incisivo correcto y guías caninas.
- Se pierde la correlación entre línea media superior e inferior.
- Contraindicado en pacientes con sobremordida.
- Es muy fácil el aumento del resalte.

Todas las ventajas citadas anteriormente nos parecen correctas siempre que dejemos buenas guías oclusales; si elegimos el caso idóneo, como vamos a ver a contin-

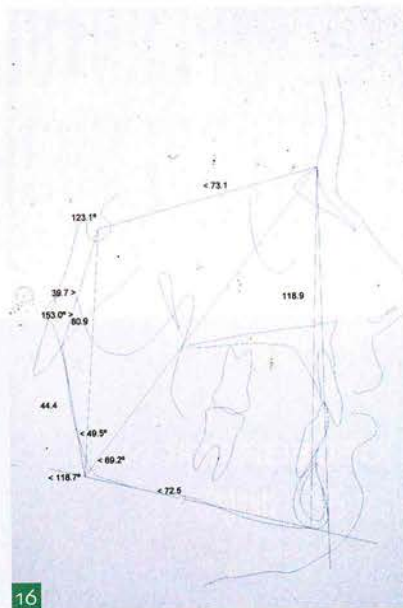
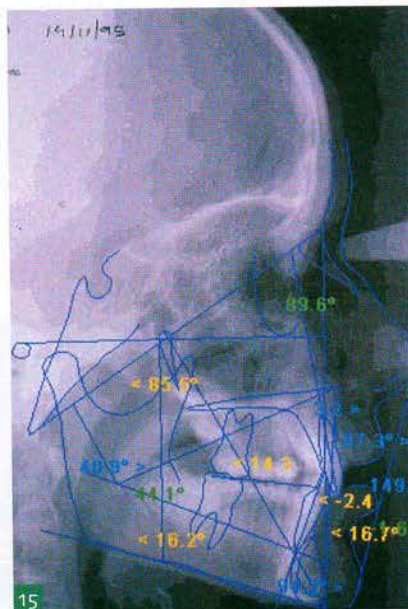
uación, y se trabaja con una correcta mecánica de tratamiento, algunas desventajas pueden ser excluidas, como veremos en el siguiente caso, seguido durante cinco años posttratamiento.

Presentación del caso

Paciente de 11 años, que acude a nuestra consulta con una maloclusión clase II, con falta de espacio superior e inferior, con sobremordida y sonrisa gingival (figs. 1-4).



46



El tratamiento se realizó en un periodo de **23 meses**. Evaluamos el caso cinco años después, constatando que sigue con una excelente estabilidad y oclusión.

Examen clínico

Paciente que presenta apiñamiento superior e inferior con sobremordida y sonrisa gingival (figs. 5-9).

Examen intraoral y articulador

- Apiñamiento superior e inferior.
- Sobremordida.
- No presenta restauraciones.
- Discrepancias en el CPI.
- Facetas de desgaste en palatino de incisivos superiores y vestibular de incisivos inferiores (figs. 11-14).

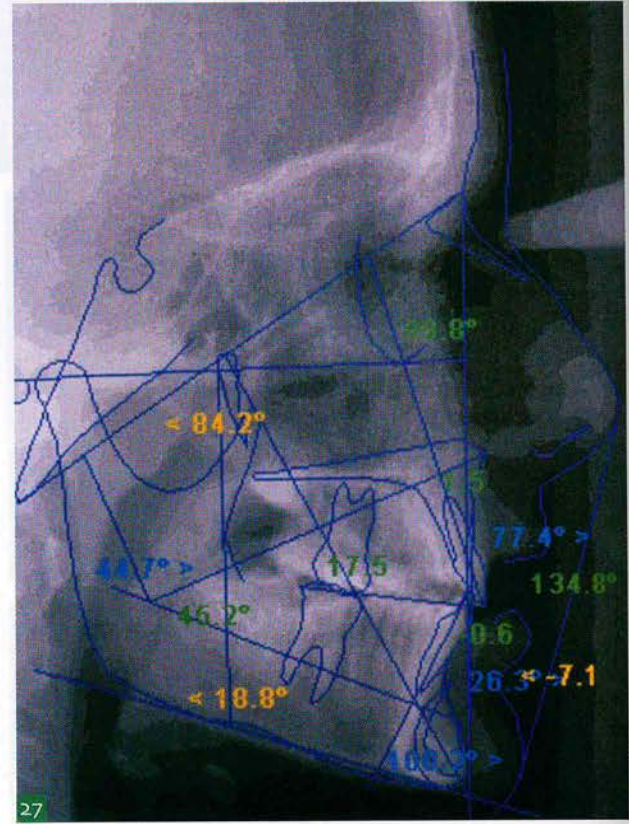
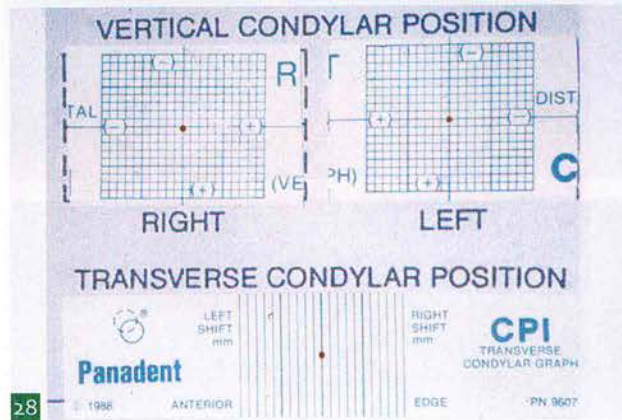
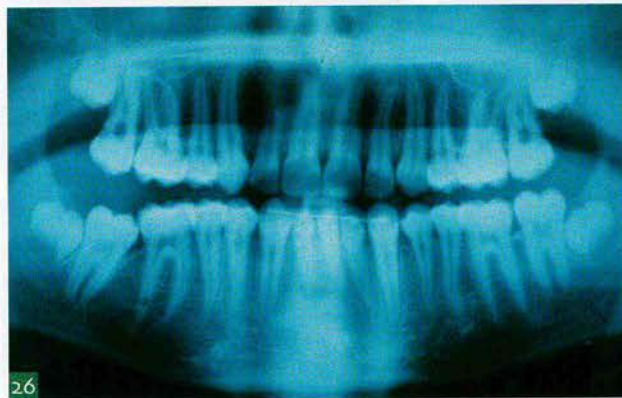
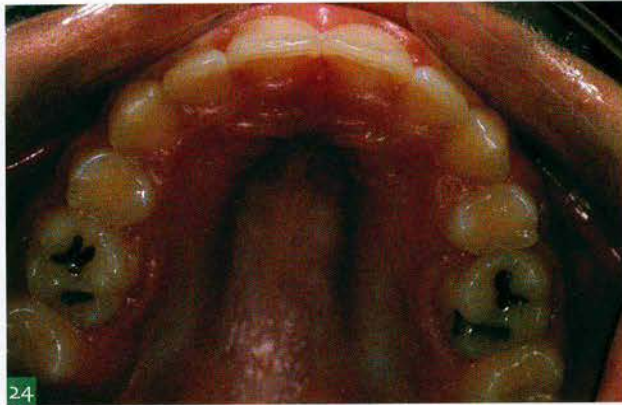


Fotos tras finalizar el tratamiento de ortodoncia.

Examen radiográfico

La ortopantomografía nos muestra dentición permanente con evolución intraósea de 2º y 3º molares, tanto superiores como inferiores (fig. 10).

La telerradiografía lateral con su análisis cefalométrico nos muestra un paciente con una sobremordida superior por un exceso vertical del maxilar superior y extrusión del incisivo superior. El incisivo superior se encuentra en 87,3 y el inferior en 94,2 (figs. 15 y 16).



48

Diagnóstico

Paciente braquifacial, presenta clase II esquelética y clase II división II dentaria. Apinamiento superior -14 e inferior -7.

Plan de tratamiento

- Realizamos exodoncia de los dientes 14, 24 y 42.
- Corregiremos la sobremordida.
- Intentaremos mejorar su sonrisa gingival.

Tratamiento

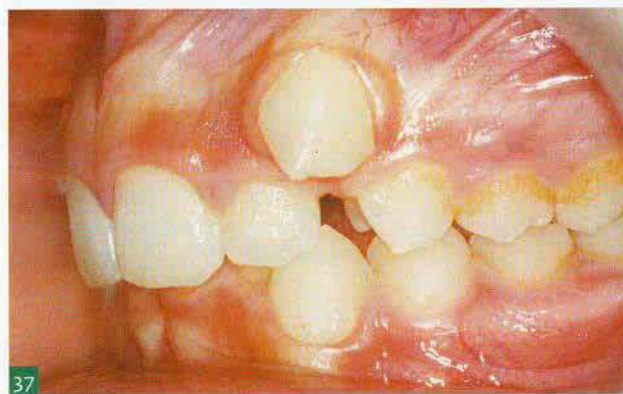
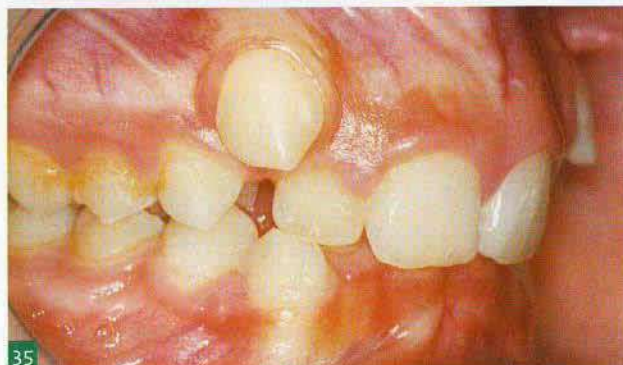
Comenzamos con brackets 0,22 prescripción doctor Roth. Seguimos la secuencia de arcos:

- 0,14 y 0,16 Nitinol superior e inferior.
- 17 x 25 Nitinol superior e inferior.
- 17 x 25 Elgiloy azul utilitario de intrusión superior e inferior.
- 19 x 25 Nitinol superior e inferior.

Resultado y evaluación final

Observamos al paciente después de 23 meses de tratamiento:

- Fotos faciales finales (figs. 17-19).
- Fotos de boca finales (figs. 20-25).
- Observamos la corrección de la sobremordida, mejoramos la angulación de los incisivos superior e inferior, tomamos RX finales y CPI final (figs. 26-28).



50

Control postratamiento a los 5 años de terminada la ortodoncia. Obsérvese la mejora de la sonrisa gingival y la estabilidad de la oclusión.

Control postratamiento a los cinco años

El doctor Roth establece que para conseguir la estabilidad en un caso es necesario:

- Una ATM estable con ambos cóndilos en RC.
- Posición adecuada axial en sus tres dimensiones de todos los dientes.
- Topes céntricos ecualizados alrededor de todas las cúspides céntricas posteriores y guía anterior armoniosa con desoclusiones posteriores inmediatas al inicio del movimiento.

Vemos el antes y el después del paciente con un periodo de diferencia de siete años (figs. 29-32).

Fotos de boca antes y control a los cinco años de finalizada la ortodoncia (figs. 33-38).

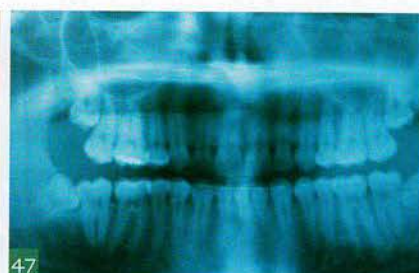
Vemos la foto del overjet anterior (fig. 39).

Guía anterior con desoclusión posterior (figs. 40-42).

Lado de trabajo derecho y desoclusión izquierda (figs. 43 y 44).

Lado de trabajo izquierdo y desoclusión derecha (fig. 45 y 46).

Rx finales (fig. 47), se le indica al paciente la exodoncia de los 3^{os} molares. ●



Bibliografía

- ◆ Canut JA. *Mandibular Incisor Extraction*. Eur J Orthod 1988; 18, 485-489.
- ◆ Harfin J. *Extracción de un incisivo inferior como alternativa de tratamiento, cap. 5. Tratamiento ortodóntico en el adulto*. Edit. Panamericana.
- ◆ Martín Puente. *Extracción de incisivos inferiores. Diagnóstico e indicaciones*. Revista Española de Ortodoncia, 1996, 26; 171-177.
- ◆ Valinotti JR. *Mandibular incisor extraction therapy*. Ajodo, 1994; 105, 107, 116.