

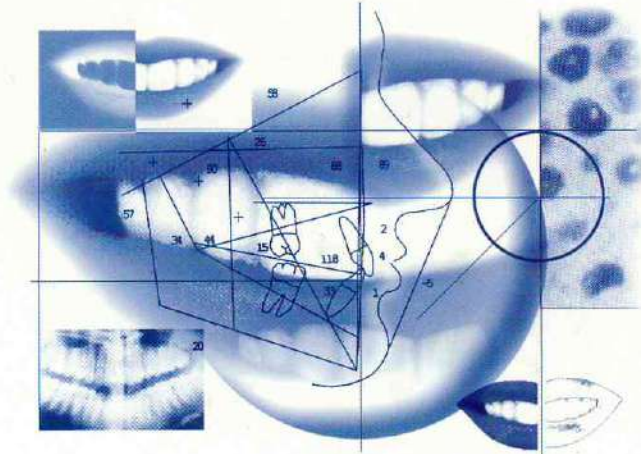


# Ortodoncia Española

## Revista de Clínica e Investigación en Ortodoncia

Volumen 42 - Número 3 - Septiembre 2002

ISSN: 0210-1637



### EDITORIAL

Una expresión de agradecimiento. *Través Gómez, García Espona*

### ARTÍCULOS ORIGINALES

Cambios del perfil facial esquelético y blando en cirugía ortognática de Clase III. *Bobadilla, Llamas, Gallego, Gutiérrez*

Etiopatogenia de la erupción ectópica e impactación palatina del canino superior permanente. *Fernández Alcázar*

Estudio comparativo de dos distaladores intraorales. *Hexahélix versus pendulum*. *Solano Reina, Chaqués Asensi, Solano Reina*

### SECCIÓN CLÍNICA

Casos clínicos tratados con el sistema Invisalign. *Matuk*

### CASO CLÍNICO

Reposición condilar: tratamiento multidisciplinar en una clase III esquelética. *Larriu Castro, Palomero*

### IN MEMORIAN

*Mayoral Herrero*

### ACTUALIDAD DE REVISTAS

### NOVEDADES EDITORIALES

### NUEVOS PRODUCTOS EN ORTODONCIA

### INTERNET Y ORTODONCIA

### NOTICIAS

### REUNIONES, CURSOS Y CONGRESOS

### DIRECTORIO DE ORGANIZACIONES ORTODÓNCICAS

### NORMAS DE PUBLICACIÓN



Publicación Oficial  
de la Sociedad Española  
de Ortodoncia

DOYMA



A. Larriu.

# Reposición condilar: tratamiento multidisciplinar en una Clase III esquelética

## Condylar reposition: a multidisciplinary treatment of a skeletal Class III

Á. LARRIU CASTRO\*

Pamplona

**RESUMEN:** Presentamos un paciente de Clase III esquelética con tratamiento multidisciplinar de ortodoncia, cirugía ortognática y periodoncia en el cual explicaremos la reposición condilar según la filosofía del doctor Arnett.

**PALABRAS CLAVE:** Maloclusión Clase III. Cirugía ortognática. Reposición condilar. GAP

**ABSTRACT:** Here have a patient, of Class III malocclusion with multidisciplinary treatment of orthodontic, orthognathic surgery and periodontia. And we will explain about condylar reposition of Dr. Arnett philosophy.

**KEY WORDS:** Class III malocclusion. Orthognathic surgery. Condylar reposition. GAP.

### PRESENTACIÓN DEL CASO

Paciente de 28 años que acude a nuestra consulta después de haber estado 6 años con tratamiento orto-

pédico. Valoramos su problema oclusal, articular y periodontal, lo remitimos a su periodoncista para ver la posibilidad de un tratamiento periodontal previo para poder realizar su ortodoncia con mayores

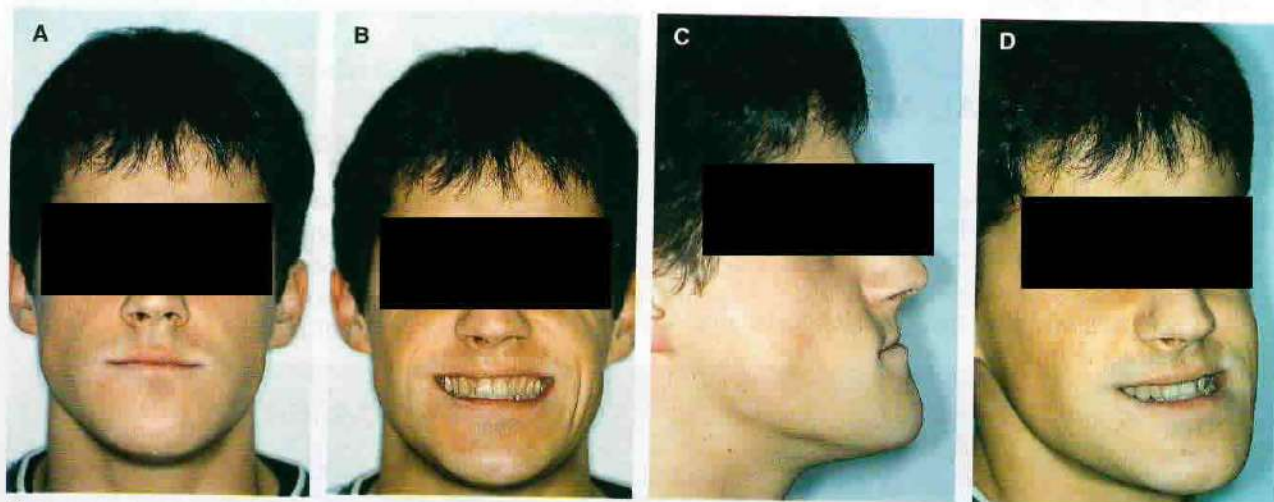


Fig. 1.

\*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 (B.S.A.S.), CCO III Roth-Williams Center (Chile). Arnett facial reconstruction courses inc. Practica privada y exclusiva de Ortodoncia. Pamplona (Navarra).



Fig. 2.



Fig. 3.

garantías, ya que presenta una encía adherida de grosor disminuido y una tabla vestibular inferior reducida en incisivos inferiores.

## EXAMEN CLÍNICO

- Altura facial inferior aumentada.
- Prominencia mandibular.
- Hipoplasia maxilar.
- Asimetría esquelética (fig. 1).

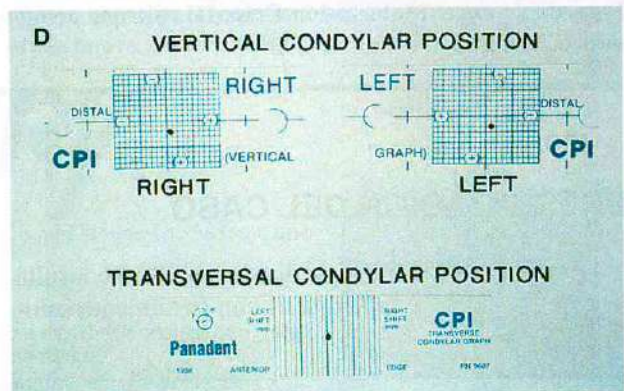
## EXAMEN INTRAORAL, MODELOS Y ARTICULADOR

- Clase III dentaria (fig. 2).
- Mordida cruzada anterior y bilateral posterior.
- Desviación de línea media.
- Falta de los molares 47, 17 y 27.
- Encía adherida muy fina con recesiones gingivales generalizadas.
- Click articular.
- Discrepancias en el indicador de posición condilar (CPI) (fig. 3).

## EXAMEN Rx

El paciente presenta falta de molares 17, 27 y 47 (fig. 4).

Endodoncias en los dientes 35, 45 y restauraciones en 15, 16, 25, 26, 35, 36, 37, 45 y 46.



## DIAGNÓSTICO

Paciente braquifacial severo presenta Clase III esquelética y dentaria con una convexidad de  $-5,3$  mm. El incisivo superior se encuentra a  $71^\circ$  y el inferior a  $79,1$  respecto a su base ósea. Presenta un apiñamiento superior de  $-4$  e inferior de  $-3$  mm. Buena relación base craneal posterior AR (fig. 5).

## PLAN DE TRATAMIENTO

Realizaremos alineación y nivelación sin cambiar la forma de la arcada. Realizaremos Lefort de avance e impactación junto con osteotomía sagital de rama. Decidimos no llegar hasta alambres de máxima ocupación de la ranura debido a su estado periodontal. Decidimos realizar la exodoncia del molar 48 ya que al realizar nuestro estudio prequirúrgico de modelos

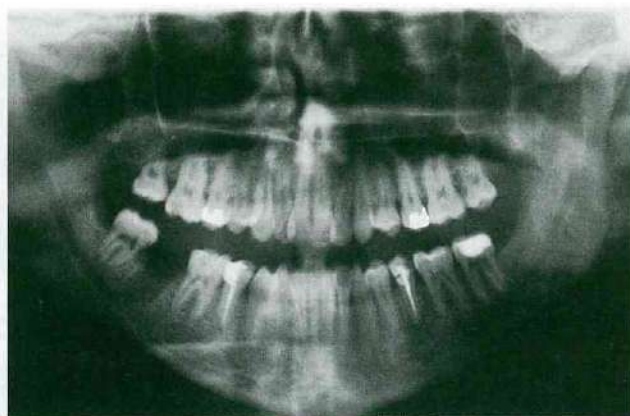


Fig. 4.

el molar queda totalmente en inoclusión con su antagonista y fuera del plano oclusal. Se planifica un implante en la zona del molar 47.

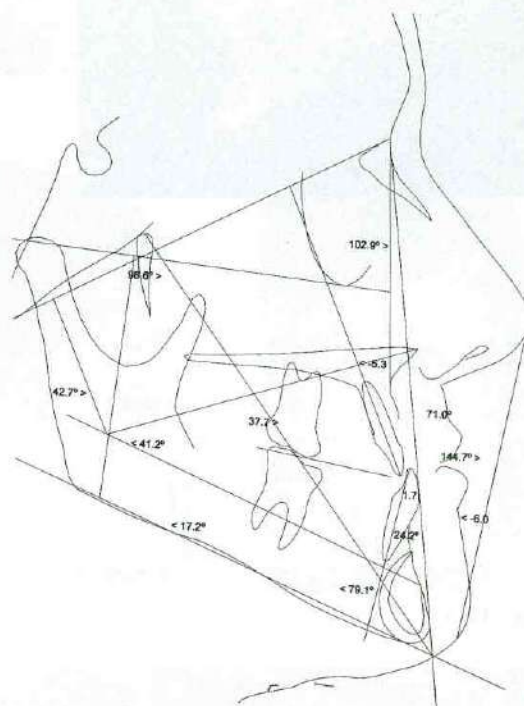


Fig. 5.

## ETAPAS DE TRATAMIENTO

### Prequirúrgica

Se comienza la ortodoncia con brackets 0,22" prescripción del doctor Roth. Decidimos realizar



Fig. 6.

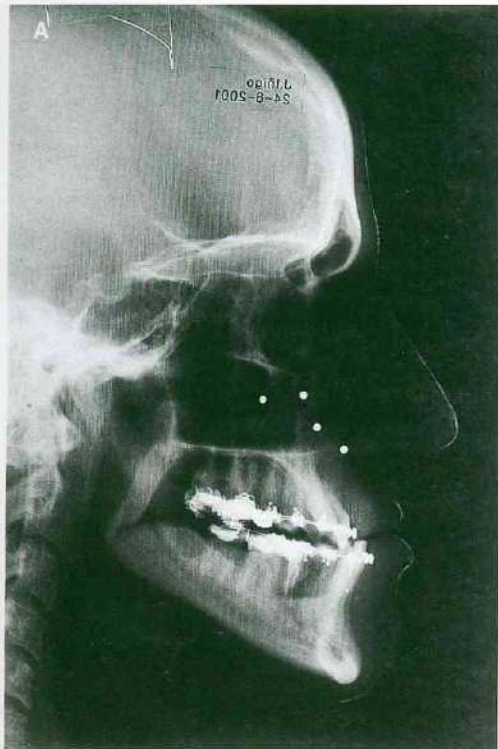


Fig. 7.

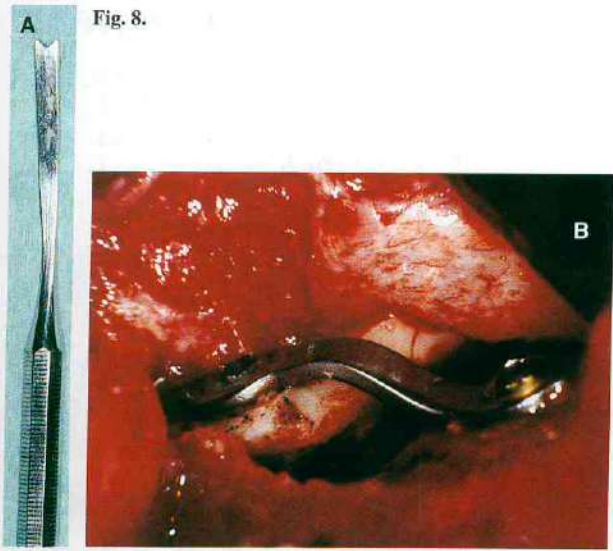
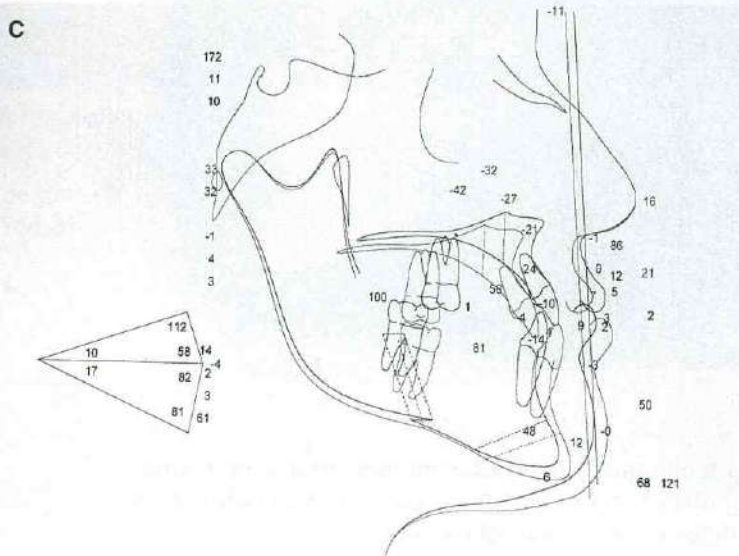
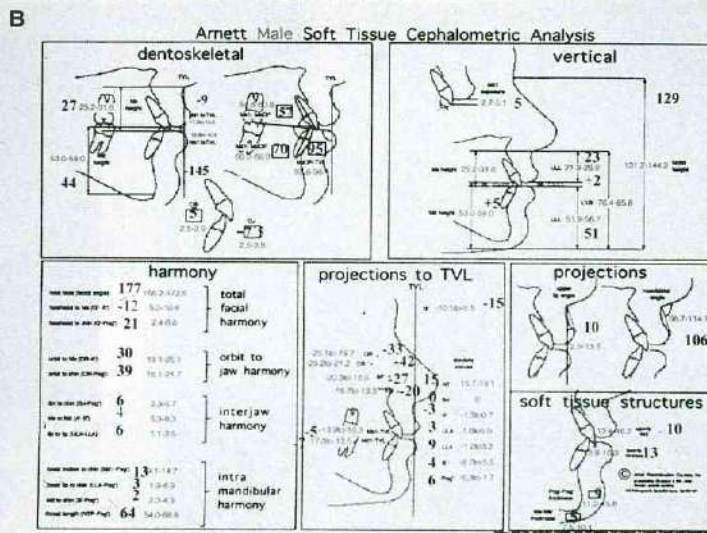


Fig. 8.

*stripping* superior e inferior para realizar el mínimo movimiento dentario. Terminamos con arcos 19 x 25" de acero (fig. 6), en ese momento el periodoncista decide realizar injertos de encía en los dientes 33 y 43 por existir recesiones gingivales. Realizamos el minucioso estudio del doctor Arnett (fig. 7).

**Quirúrgica**

Realizamos Lefort de avance de 4,8 mm e impacción de 2,8 mm y osteotomía sagital de rama. Realizamos la reposición condilar según la técnica del doctor Arnett, que consiste en manipular la rama ascendente de una manera muy suave haciendo movimientos de vaivén hasta asegurarnos clínicamente de que el cóndilo se encuentra centrado en la fosa, ayu-



Fig. 9.



Fig. 10.



Fig. 11.



Fig. 12.

dados con la otra mano del posicionador de cóndilo (fig. 8 A). Al colocar la rama ascendente y si rozan los fragmentos iremos desgastando con una fresa la rama ascendente en su parte interna o externa hasta que no haya ningún tipo de contacto. En ese momen-

to y de forma totalmente pasiva adaptaremos la miniplaca y la colocaremos primero en la rama ascendente y segundo en el cuerpo mandibular de tal manera que en el caso que nos precede quedará un GAP (espacio entre la dos ramas) (fig. 8 B) debido a la asi-

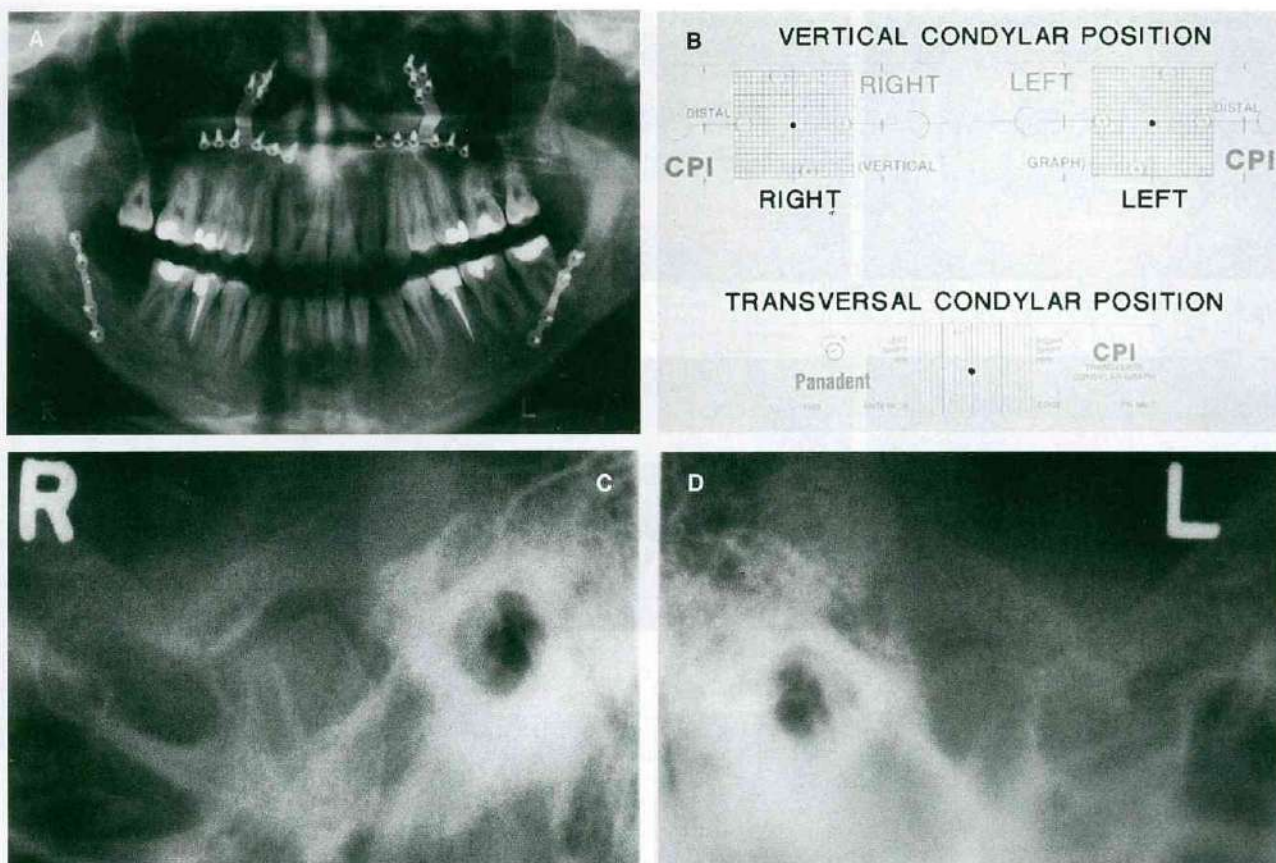


Fig. 13.

metría del paciente. Anteriormente a esta técnica nosotros colocábamos un splint final dejando 2 mm de inoclusión en el sector posterior para que en caso de que el cóndilo no estuviese en la fosa se fuese asentando y colocábamos las miniplacas cortical contra cortical. A este respecto el doctor Arnett nos dice que torqueamos el cóndilo y podríamos tener desviaciones de línea media, añadiendo además más imprecisiones al caso debido al splint final. A nuestro parecer las dos formas bien ejecutadas son válidas, pero a nosotros personalmente nos resulta más efectiva la reposición condilar del doctor Arnett, pero eso conlleva estar totalmente compenetrado con nuestro cirujano (paciente operado por **R. Palomero**, Isabel Quilez y Joaquín Garatea).

### Postquirúrgica

Fotografiamos al paciente al término de la operación (obsérvese los injertos realizados en ambos caninos inferiores) (fig. 9).

Realizamos una ortodoncia postquirúrgica muy corta debido a su estado periodontal, por eso era muy

importante dejar el caso casi totalmente terminado en el estadio prequirúrgico.

A las 13 semanas retiraremos la amarra esquelética y colocaremos unos arcos trenzados de asentamiento, en este caso de 19×25" (fig. 10).

Vemos el antes y después del paciente (figs. 1, 2, 11 y 12).

Se tomaron Rx, tomografías de ATM, registros finales, y se siguió el protocolo postquirúrgico del doctor Arnett (figs. 13 y 14).

Vemos las guías que tiene el paciente:

- Guía anterior y desoclusiones posteriores (fig. 15 A).
- Guía canina derecha y desoclusión izquierda (fig. 15 B).
- Guía canina izquierda y desoclusión derecha (fig. 15 C).

### RETENCIONES

Colocamos alambre trenzado de 3 a 3 tanto superior como inferior indefinidamente.

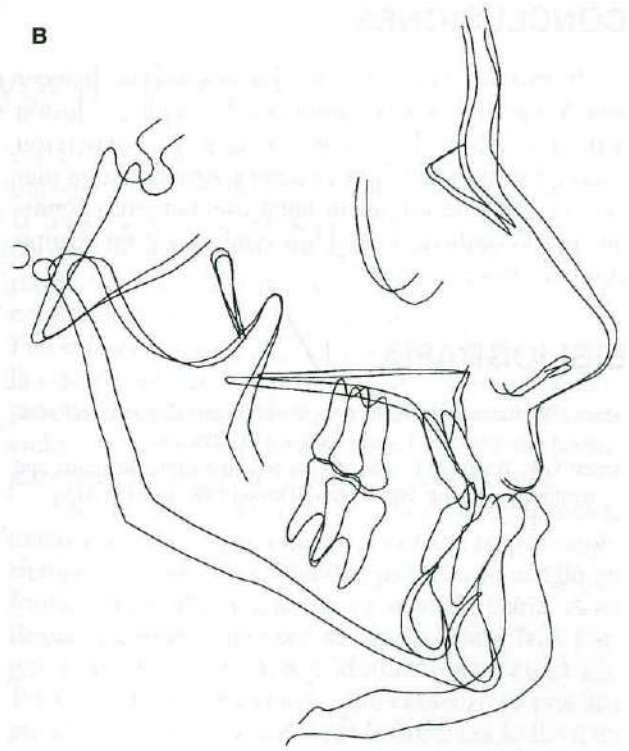
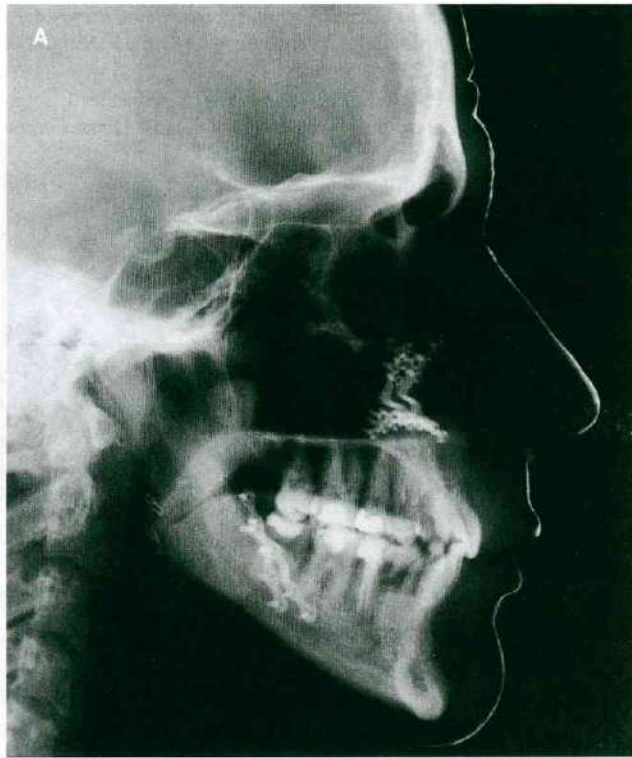


Fig. 14.

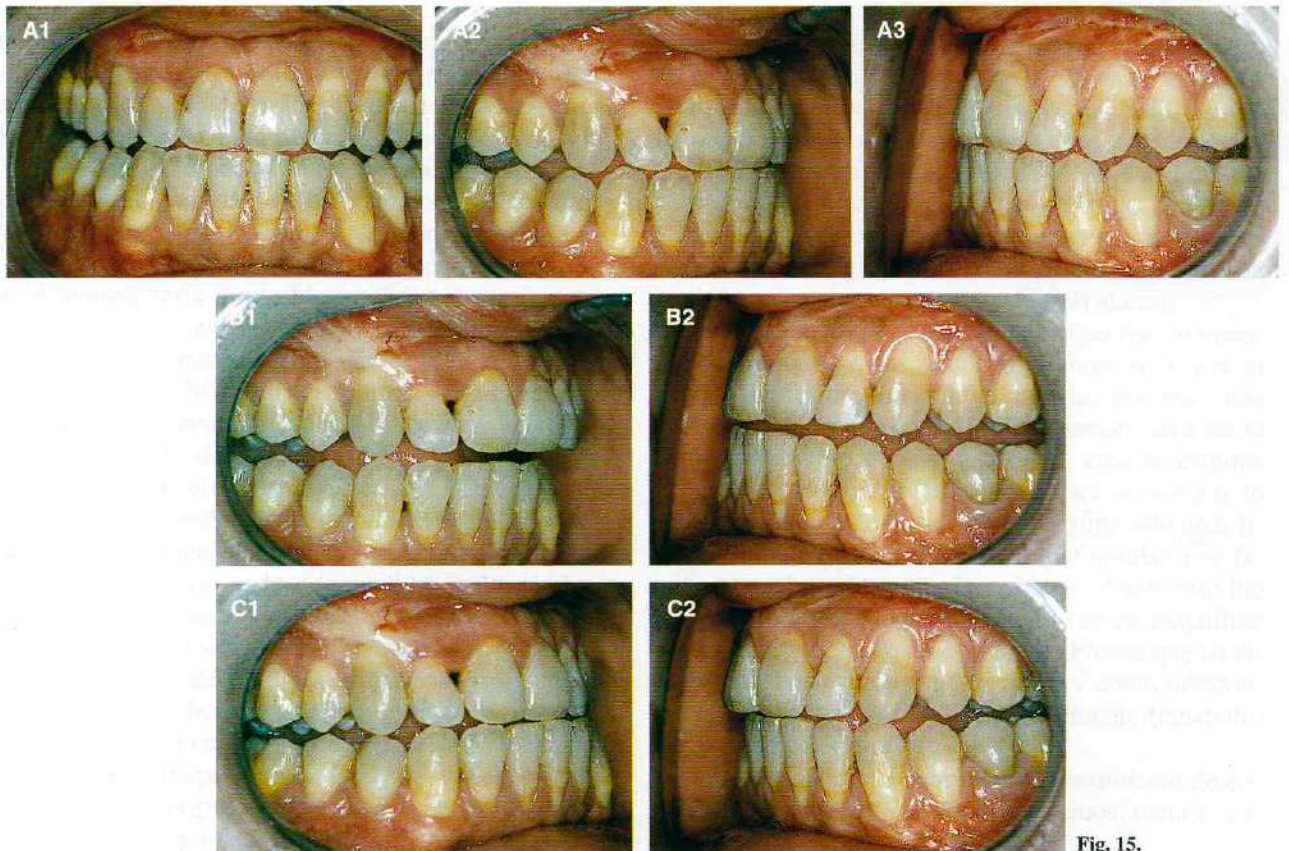


Fig. 15.



## CONCLUSIONES

El mal asentamiento condilar es a nuestro parecer una de las causas más habituales de recidiva y lesión articular en la cirugía ortognática. La reposición condilar propugnada por el doctor Arnett es una manera efectiva de lograr un buen asentamiento condilar, pero conlleva un trabajo conjunto y en equipo con nuestros cirujanos.

## BIBLIOGRAFÍA

- Arnett GW, Bergman R. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. Part I. Am J Orthod 1993;299-312.
- Arnett GW, Bergman R. Facial keys to orthodontic diagnosis and treatment planning. Part II. Am J Orthod 1993;103.395-411.

Arnett GW, MacDonald C Jr. The treatment motivation survey defining patient motivation for treatment. Am J Orthod Dentofacial Orthop 1999;115:233-8.

Arnett GW, Turley P, Laserre RN, Messen Páez E, Cifuentes J. Surgical vs no surgical treatment for patients with Class II malocclusion due to mandibular deficiency. Rev Chil Ortod 1999;16:96-104.

Bruce N, Epker L, Fish C, Stella JP. Dentofacial deformities: integrated orthodontic and surgical correction. Volumen III. 2.ª ed. Hardcover; 1998.

Fonseca RJ. Oral and maxillofacial surgery. Vol II. W. B. Saunders; 2000.

### Correspondencia:

ÁLVARO LARRIU CASTRO.  
Bergamin, 7, 1.º izq.  
31003 Pamplona (Navarra).  
E-mail: Larriu@sikeytec.com