

Resumen

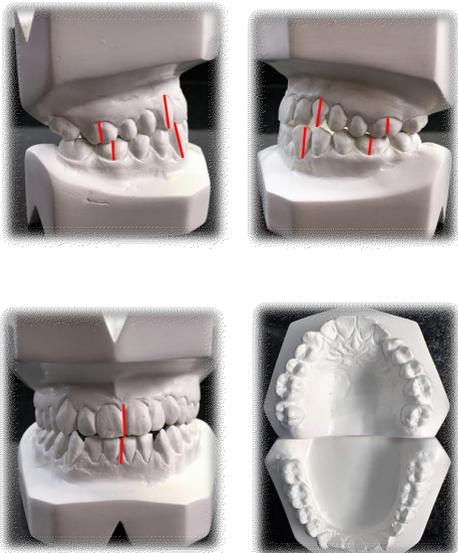
Resulta frustrante para el ortodoncista aquellas situaciones en las que no se puede ofrecer al paciente una solución total, dada las circunstancias periodontales que el mismo posee, como consecuencia del uso inadecuado de placas activas. A continuación, se describirá un caso clínico, que refleja las consecuencias periodontales, estéticas y funcionales. Se describe el diagnóstico, plan de tratamiento y la mecánica de tratamiento utilizada.

Introducción

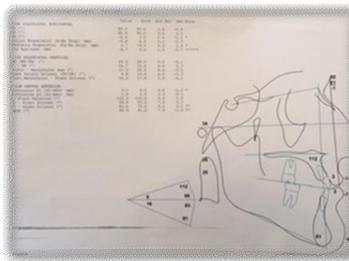
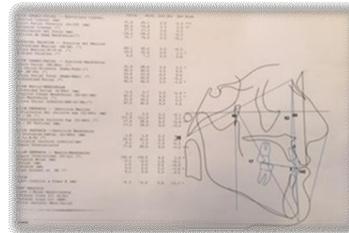
La forma de arco mandibular es considerada una de las principales referencias entre las herramientas de diagnóstico debido a que el mantenimiento de la misma y la dimensión es un factor importante para la estabilidad del tratamiento de ortodoncia. La expansión maxilar a través de la separación de la sutura media palatina es una práctica habitual en la clínica de ortodoncia. Pero ¿hasta cuando debemos expandir? En el afán de incorporar todas las piezas dentarias dentro de la arcada muchos olvidan que las mismas se encuentran ubicadas dentro de una canastilla alveolar rodeadas de hueso y esos espesores deben mantenerse en el transcurso del tiempo. El objetivo de éste trabajo es a través de un caso clínico mostrar una iatrogenia producto de un mal diagnóstico y tratamiento.

Descripción del Caso

Paciente femenina de 20,3 años de edad. Concorre a la consulta de ortodoncia con el fin de mejorar la estética de su sonrisa. Refiere tratamiento previo de ortopedia con placas activas en ambos maxilares. Al realizar la valoración clínica intrabucal se observa que el estado periodontal es regular, encía muy delgada y la cúpula de las raíces de las piezas dentarias muy marcadas. Higiene oral aceptable. Presenta restauraciones en el sector posterior. Las piezas nº 13, 23, 33, 43 en giroversión, faltando espacio en las arcadas para su correcta ubicación, a pesar de la gran expansión que recibieron ambas arcadas. Radiografía panorámica, no se observa presencia de terceros molares. Ramas ascendentes mandibulares de similar altura y morfología condilar sin alteraciones. Se observa pérdida ósea vertical en varios puntos de ambas arcadas. La telerradiografía lateral muestra divergencia de bases, cavidades neumáticas despejadas, diámetros faríngeos normales, biprotusión dentaria. Análisis cefalométrico de Ricketts y Mc Laughlin se observa paciente con biotipología mesofacial. Clase III esqueletal (convexidad -2.5 mm) y altura facial inferior levemente aumentada. Profundidad maxilar levemente disminuida. La altura maxilar aumentada. El maxilar inferior en sentido sagital según la norma se encuentra en retroposición (profundidad facial 62.5mm) y longitud aumentada en 5 mm según la norma. Coincide con el análisis de Mc Laughlin. A nivel dentario ambos incisivos bien ubicados pero pro inclinados. Tomografía de ambas arcadas con cortes en cada pieza dentaria para evaluar espesor de la tabla vestibular antes de realizar el tratamiento ortodóncico. Objetivos del tratamiento: Mejorar la estética de la sonrisa, corregir el apiñamiento dentario, disminuir la pro inclinación incisiva, obtener un resalte adecuado y mantener el entrecruzamiento, generar una oclusión estable con las correspondientes desocclusiones que mantengan la estabilidad y el equilibrio del sistema estomatognático. Tratamiento de Ortodoncia: El diagnóstico ortodóncico indica extracciones de cuatro piezas dentarias (15, 25, 34, 44). Para determinar el anclaje se tuvo en cuenta la cantidad de milímetros generados por la ortodoncia, la posición de los incisivos superior e inferior y la discrepancia dentaria. Fuerzas ligeras durante la fase de alineación. Recibió monitoreo gingivoperiodontal.



Laboratorio: Cano Martín



Conclusiones

El conocimiento actualizado de los nuevos principios básicos y biológicos es el pedestal sobre el cual se debe basar la ortodoncia de hoy para conseguir resultados clínicos satisfactorios. Como cada paciente representa un problema individual, el diagnóstico, pronóstico, plan de tratamiento y el plan de contención deben ser específicos para cada situación, sin olvidar que el trabajo multidisciplinario e interdisciplinario es el único camino para obtener resultados óptimos a largo tiempo.

Referencias

1. Farret MM, Farret MM, da Luz Vieira. Orthodontic treatment of a mandibular incisor fenestration resulting from a broken retainer. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2015 Aug;148(2):332-7. doi: 10.1016/j.ajodo.2015.04.027
2. Incerti-Parenti S, Checchi V, Molinari C. Periodontal Side Effect During Orthopedic Face Mask Therapy. Int J Orthod Milwaukee. 2015 Winter;26 (4): 49-51.
3. Renkema AM, Navratilova Z, Mazurova K. Gingival labial recessions and the post-treatment proclination of mandibular incisors. Eur J Orthod. 2015 Oct;37(5):508-13. doi: 10.1093/ejo/cju073. Epub 2014 Dec 5.
4. Johal A, Katsaros C, Kiliaridis S. State of the science on controversial topics: orthodontic therapy and gingival recession (a report of the Angle Society of Europe 2013 meeting). Prog Orthod. 2013 Jul 11;14:16. doi: 10.1186/2196-1042-14-16.