



Tratamiento con el sistema de brackets linguales Incognito™ en adultos con extracción de un incisivo inferior

• Dr. Juan José Los Arcos • Dra. Isabel Deprit •

Ortodoncistas. Pamplona.
www.losarcosdeprit.com

Se presenta el tratamiento de dos adultos con maloclusión de clase I, dolicofaciales con arcadas estrechas y apiñamiento severo en arcada inferior. Los dos casos tienen un enfoque similar, atípico, tratando de respetar la forma de arcada, buscando una resolución que evite complicaciones durante el tratamiento o posteriormente, con una posible recidiva o con recesiones gingivales debido a una cortical delgada, sínfisis estrecha y al biotipo gingival fino.

CASO 1

Varón de 40 años con una maloclusión de clase I, apiñamiento severo en ambas arcadas y mordida abierta anterior.

En el estudio de los modelos se aprecia una forma de arcadas estrecha con apiñamiento severo en ambas arcadas y una llamativa vestibulización de incisivos, 11 y 41. Mordida abierta dental con ausencia de guía anterior (Fig.1).

En la radiografía panorámica

se observa desvitalizaciones de 25, 26 y 46. Imagen radiolúcida apical en primeros molares: 16, 36 y 46. Molares de juicio erupcionados.

La radiografía de perfil confirma que se trata de una clase I, dolicofacial con mordida abierta ósea anterior y cierta inclinación vestibular de los incisivos (Fig. 2).

Alternativas de tratamiento

Se plantea un tratamiento con reducción interproximal en ambas arcadas para conseguir espacio para



Figura 1.

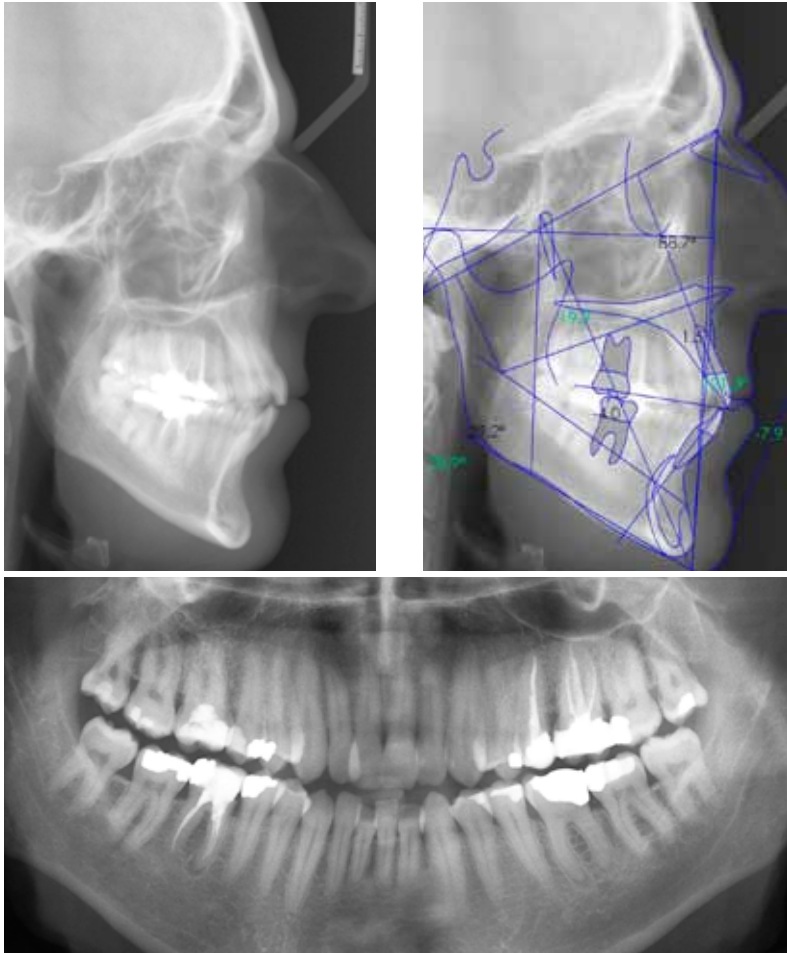


Figura 2.

alineal, sin modificar la oclusión lateral que es correcta. Pero debido a que el apiñamiento, especialmente en la arcada inferior, es grave, y a la severa inclinación vestibular de

los incisivos, se replantea el tratamiento con extracción de un incisivo inferior (41) y reducción interproximal en la arcada superior. De esta manera se reducen los posibles

triángulos antiestéticos en la arcada superior, que suelen producirse en adultos al corregir el apiñamiento y además facilita la corrección de la protrusión y la mordida abierta anterior, sin modificar transversalmente las arcadas (Fig. 3).

Secuencia de tratamiento

El tratamiento se lleva a cabo en 14 meses. Se comienza con arco de .012'' Nitinol™ SE en la arcada superior y .012'' Nitinol™ SE en la arcada inferior.

Para evitar el hueco antiestético se coloca carilla de composite pegada a la cara mesial del incisivo central inferior, que se va tallando conforme se va cerrando el espacio. Finaliza la fase de alineación y nivelación con arcos de Nitinol™ SE .016'' x .022'' en ambas arcadas.

El tercer arco utilizado es .016'' x .022'' de acero, que tiene rigidez suficiente para evitar deformaciones y facilitar el cierre de espacios con cadeneta elástica. En esta fase se colocan botones vestibulares de composite para llevar elásticos triangulares verticales que faciliten el cierre de la mordida abierta anterior. Hay que poner especial atención en este momento para evitar contactos prematuros de los incisivos inferiores con los brackets de la arcada antagonista, tallando los puntos de contacto que



Figura 3.



Figura 4.



Figura 5.

dificultan conseguir una correcta sobremordida (Fig. 4).

Se finaliza en la arcada superior

con un arco de .0185'' x .0185'' de Beta III titanio y arcos de Beta III titanio de .017'' x .017'' y .0182''

x .0182'' en la arcada inferior. Estos últimos arcos rellenan 100% la ranura de los brackets para que

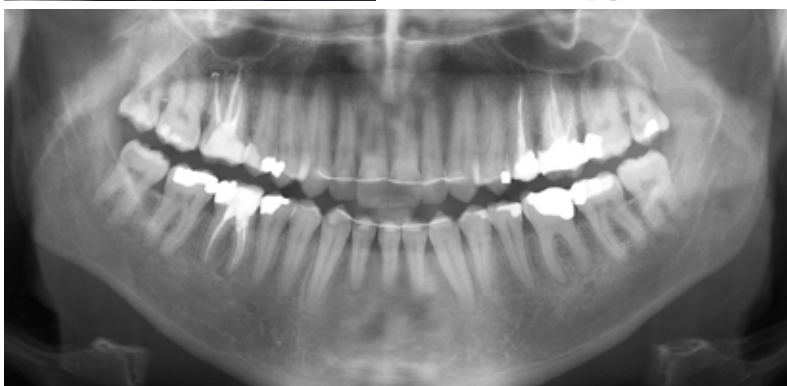
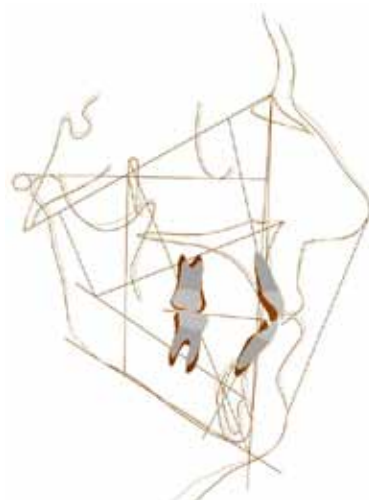
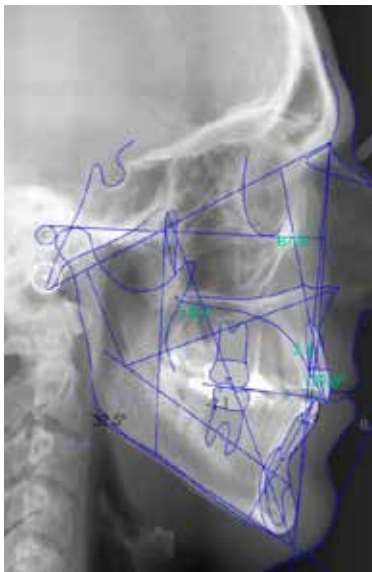


Figura 6.

la expresión de la información de inclinación y torque sea completa conforme a lo previsto en el set-up inicial de tratamiento (Figs. 5 y 6).

dos. Arcadas estrechas con mordida cruzada posterior derecha. En la arcada inferior existe un apiñamiento muy severo que se ve

agravado por la importante curva de Spee. La resolución del apiñamiento sin extracciones, aunque se hubiera hecho una reducción interproximal importante, habría provocado una gran inclinación vestibular de todas las piezas, pero en especial de los incisivos, con gran riesgo además de favorecer la aparición de recesiones gingivales debido al biotipo gingival fino.

Se planifica el tratamiento con extracción de un incisivo central inferior (41) y reducción interproximal en la arcada superior para mejorar estéticamente y coordinar ambas arcadas.

Secuencia de tratamiento

El tratamiento dura 16 meses. En los segundos molares se piden superficies oclusales que levanten ligeramente la mordida para evitar los contactos prematuros presentes debido a la mordida cruzada posterior que podrían despegar los brackets y además faciliten la corrección de la maloclusión.

Se comienza con un arco de Nitinol™ SE .016'' en la arcada superior y un arco de .016'' x .022'' de Nitinol™ SE en la inferior. En la arcada inferior se coloca carilla estética que se va limando conforme se va cerrando el espacio.

CASO 2

Se trata de un varón de 30 años con una maloclusión de clase I, apiñamiento grave, más acusado en la arcada inferior y mordida cruzada posterior (Fig. 1).

La radiografía panorámica no revela detalles de interés. Molares de juicio erupcionados que se recomienda extraer.

La radiografía lateral confirma que se trata de un patrón facial mesodólico, con resalte dental aumentado y una pronunciada curva de Spee en la arcada inferior (Fig. 2).

El estudio de los modelos revela que se trata de una clase I con sobremordida y resalte aumenta-

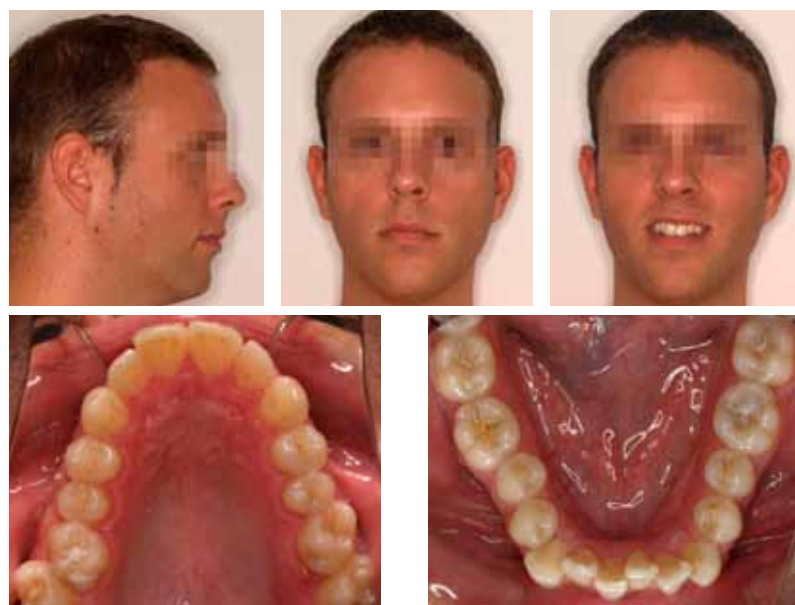


Figura 1.





Figura 1 (cont.).

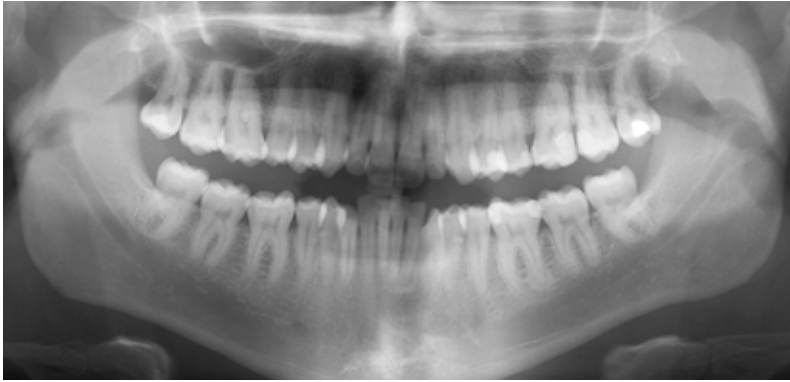


Figura 2.

El siguiente arco es Nitinol™ SE .016'' x .022'' superior y .018'' x .025'' Nitinol™ SE inferior. Este último no se cambia en la arcada inferior hasta que se consigue una perfecta alineación y nivelación. Para ello es preciso colocar lazos en los caninos que ayudan en la corrección de las rotaciones, a la vez que se va cerrando el espacio de extracción del incisivo (Fig. 3).

Una vez finalizada la fase de alineación y nivelación, se colocan arcos de acero .016'' x .022'' (Fig. 4).

Se añaden elásticos de mordida cruzada para ayudar a la corrección de la mordida cruzada y elásticos verticales posteriormente, apoyados sobre botones de acrílico vestibulares y retirando previamente las superficies oclusales de los molares (Fig. 5).

A lo largo de la fase de alineación se va haciendo más patente la aparición de recesiones gingivales, más acusada en vestíbulo de canino superior derecho (13). Esta recesión va mejorando pos-



Figura 3.



Figura 4.

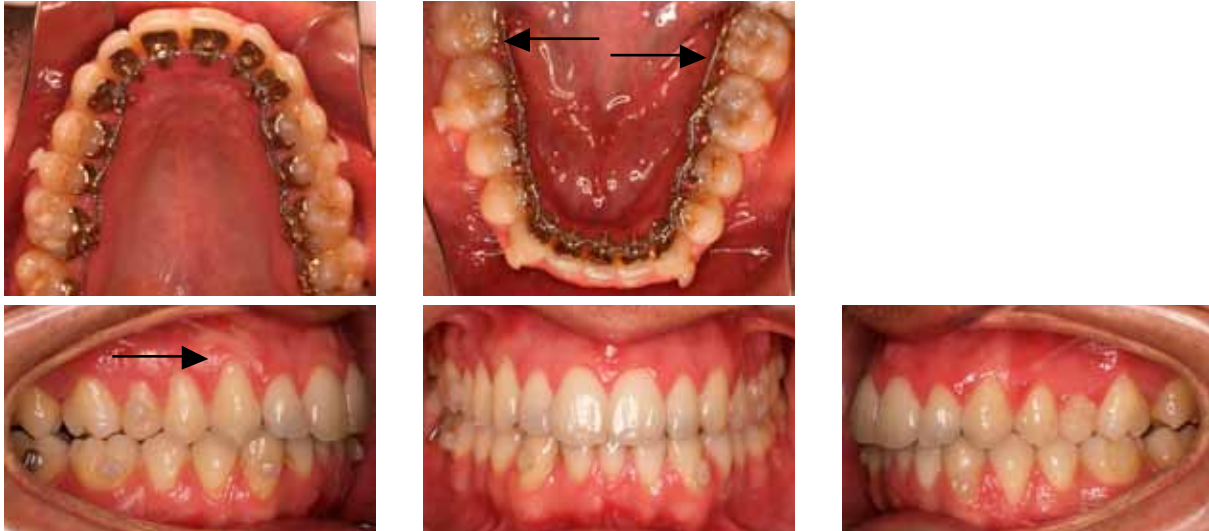


Figura 5.



Figura 6.

teriormente con la colocación de arcos de Beta III titanio .017'' x .025'' y .0182'' x .0182'', que en la arcada superior se deja durante 6 meses para permitir que el torque se exprese en su totalidad. De este modo se ubican las raíces en el proceso alveolar según lo previsto en los modelos del set-up, tratando de mantener la arcada individualizada conforme a los modelos iniciales de estudio (Figs. 6 y 7).

CONCLUSIÓN

La extracción de un incisivo inferior se plantea como una alter-



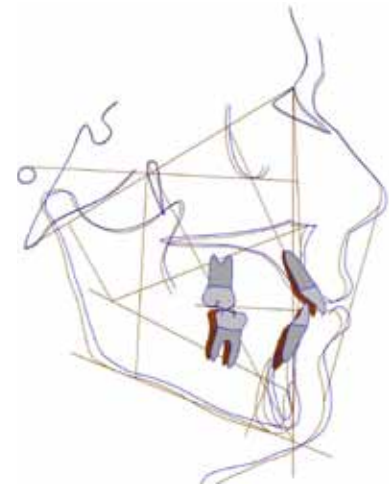


Figura 7.

nativa de tratamiento en adultos que simplifica la mecánica, alcanzando los objetivos previstos:

- El tratamiento se puede plantear siempre que exista una discrepancia de Bolton o el caso permita realizar una reducción interproximal en la arcada superior.
- Se mantiene o mejora la oclusión lateral y anterior (resalte

y sobremordida), respetando la forma de arcada.

- No se altera la estética facial, sino que se mejora con la alineación y nivelación de dientes y encías.
- Mejoran periodontalmente facilitando las revisiones de mantenimiento.
- Facilita el mantenimiento de los parámetros cefalométricos

dentro de los límites normales aceptados.

- En ocasiones es una alternativa válida que evita un tratamiento más agresivo con extracción de cuatro premolares, simplificando y acortando el tiempo de tratamiento al no requerir dedicar tiempo para el cierre de espacios y paralelización radicular.

