

CASO CLINICO INTERDISCIPLINARIO DE CAMUFLAJE ORTODÓNICO - PROTÉSICO

DIEGO REY M¹, IVÁN DARÍO CORREA M²

Por "camuflaje en ortodoncia" se entiende aquel tipo de tratamiento en el cual, de acuerdo con los parámetros faciales y oclusales ideales, requeriría tratamiento ortodónico y quirúrgico para obtener resultados óptimos, pero que son susceptibles de manejarse exclusivamente con tratamiento ortodónico para obtener resultados satisfactorios.

La cirugía maxilofacial ha sido de gran ayuda para resolver los problemas complejos que poseen un gran componente esquelético y la tendencia actual es la de apoyarse cada vez más en la ayuda quirúrgica, con el fin de brindar al paciente los mejores resultados. Sin embargo, se ha abusado de esta alternativa buscando siempre unos ideales faciales y oclusales que muchas veces no preocupan al paciente, sometiéndolo así a intervenciones complejas, incapacitantes y con un elevado costo en forma innecesaria. Por lo tanto, es importante analizar a profundidad las expectativas del paciente (motivo de consulta) antes de decidir si se realiza un tratamiento ortodónico - quirúrgico o un tratamiento de camuflaje ortodónico¹.

No cabe duda de que en ciertos pacientes con discrepancias esqueléticas severas siempre será necesario realizar el tratamiento ortodónico-quirúrgico ya que de lo contrario se obtendría un resultado pobre que no beneficiaría al paciente, por lo cual estaría contraindicado el camuflaje². Este tipo de tratamiento por lo tanto, estaría indicado solo para aquellos casos "límite" en los cuales el paciente no tiene expectativas faciales altas y solo busca que le resuelvan de la mejor manera su problema de maloclusión.

El camuflaje ortodónico puede realizarse tanto en casos de prognatismo como de retrognatismo mandibular leves o moderados. La inclinación dental es la clave del camuflaje y mediante la cual se logran compensar las discrepancias maxilo-mandibulares.

A pesar de los avances en cirugía ortognática, tales como la fijación rígida que hace más fácil el período postoperatorio, aun continúan existiendo problemas que deben ser tenidos en cuenta al evaluar la relación costo-beneficio de este tipo de intervenciones. Tucker³ incluye entre los riesgos más comunes asociados con este tipo de procedimiento los siguientes :

- Anormalidades neurosensoriales.
- Incapacidad para lograr los resultados oclusales propuestos.
- Falta de unión o mala unión de fragmentos óseos.
- Problemas relacionados con la anestesia general.

Dado lo anterior, no se debe considerar la opción quirúrgica como algo rutinario y la decisión sobre si realizar o no una cirugía debe estar basada en una buena evaluación del paciente, teniendo en cuenta no solo su problema de discrepancia maxilo-mandibular, sino también las expectativas y motivaciones que lo llevaron a consultar.

La decisión de realizar o no tratamiento quirúrgico es compleja, ya que no existen unos parámetros definidos en cuanto al tipo y tamaño de discrepancia dental y/o esquelética que ameriten este tipo de tratamiento. Por lo tanto, la decisión se basa más en el sentido común y en la experiencia de cada clínico. Determinar claramente las expectativas del paciente ayuda en muchos casos a tomar la decisión más apropiada. Tales expectativas son muy variables y en la mayoría de los casos se relacionan con factores como :

- Mejora de la estética dental.
- Cambios de la función dental.
- Mejora de la estética facial.
- Resolución de sintomatología muscular y/o de ATM.

¹ Odontólogo CES, Ortodoncista Universidad de Nueva York, Jefe de Postgrado de Ortodoncia CES.

² Residente tercer año postgrado de Ortodoncista CES.

- Solución de problemas periodontales originados en la maloclusión.

Ante igual tipo de discrepancia esquelética y dental, la balanza puede inclinarse hacia el lado quirúrgico cuando existen grandes motivaciones por mejorar la estética facial y hacia el lado del camuflaje ortodóncico cuando la expectativa es básicamente por mejorar la apariencia dental.

La adecuada y sincera información que se brinde al paciente con relación a los resultados que se obtendrán con las diferentes modalidades de tratamiento, es básica para que este contribuya en la toma de decisiones. Para dar esta información, se pueden utilizar predicciones cefalométricas y con videos que ayudan al paciente a visualizar de una mejor manera los resultados que se obtendrán⁴.

El camuflaje es una buena opción de tratamiento en casos donde hay problemas de tipo sistémico, económico o de motivación del paciente para realizarse el tratamiento quirúrgico. Sin embargo, se debe ser claro en el sentido de que los resultados no serán iguales a los obtenidos con la combinación de ortodoncia y cirugía.

Los resultados del tratamiento pueden ser evaluados teniendo en cuenta tres parámetros fundamentales :

1. La oclusión (overbite, overjet, interdigitación).
2. La estética facial.
3. La estabilidad a largo plazo.

Teniendo en cuenta estos parámetros, Proffit y co⁵ compararon los resultados obtenidos con ortodoncia vs ortodoncia - cirugía en grupos de pacientes adultos clase II con características oclusales y esqueléticas similares. Al evaluar la oclusión, encontraron resultados igualmente aceptables en ambos grupos. Sin embargo, al evaluar el aspecto estético facial encontraron una diferencia significativa con unos resultados mejores en los pacientes quirúrgicos, sobre todo en aquellos con deficiencia mandibular. El resultado anterior no debe contraindicar la realización de tratamiento con camuflaje, sino que más bien permite comprender sus limitaciones, las cuales deben ser claramente explicadas al paciente.

Se concluye, por lo tanto, que el camuflaje es una buena opción de tratamiento, con limitaciones que deben ser tenidas en cuenta a la hora de tomar la decisión terapéutica.

CASO DE CAMUFLAJE

- Paciente: C. G.
- Edad: 39 años.
- Motivo de consulta: " Quiero mejorarme los dientes".

Diagnóstico inicial

- Esquelético: Clase III con crecimiento vertical, tercio inferior aumentado.
- Oclusal: Clase III con mordida cruzada al lado derecho y borde a borde anterior, línea media inferior desviada 3 mm a la derecha.
- Dental: Obturaciones en mal estado, corona en porcelana del 12 muy amplia mesio-distalmente y sobreextendida gingivalmente, diastema entre 11 y 12, incisivos superiores vestibularizados e inferiores lingualizados.
- Facial: Leptoprosopo con perfil recto.
- Periodontal: Periodonto sano pero disminuido con retracción marcada a nivel del 24 y discrepancia en la altura del margen gingival de los incisivos superiores (12 corona clínica más larga).

Plan de Tratamiento

Inicialmente se planteó tratamiento ortodóncico - quirúrgico mediante descompensación por vestibularización de incisivos inferiores para realizar posteriormente retroceso mandibular. El paciente no aceptó esta opción, ya que dijo estar satisfecho con sus características faciales y por lo tanto se consideró un tratamiento de camuflaje ortodóncico.

Para tratar el caso interdisciplinariamente se consultó con la Clínica de prótesis periodontal del CES y se llegó a la conclusión de que no era necesario realizar cirugías periodontales, descartando entonces la realización de injerto a nivel del 24 y la corrección quirúrgica de los márgenes gingivales. Se propuso entonces un tratamiento de mantenimiento y supervisión periodontal periódica y la realización de coronas en 15 y 25, y cambio de la corona del 12 una vez concluido el tratamiento ortodóncico.

Tratamiento realizado

- Aparatología fija superior e inferior (18 x 25 estándar).
- Corrección de mordida cruzada posterior (lado derecho) mediante torque radicular lingual en superiores y radicular vestibular en inferiores (ver fotos 3A y 6A).
- Corrección de la mordida borde a borde anterior mediante vestibularización de incisivos superiores y lingualización de inferiores.
- Corrección de línea media con elásticos cruzados aprovechando en inferior los espacios dejados por la desrotación de los premolares (ver fotos 2B y 5B).
- Repartición de espacios en anterosuperiores utilizando resortes abiertos entre los incisivos (ver foto 4A).
- Extrusión del 12 para nivelar el margen gingival (ver fotos 4A y 4B).
- Resinas en anterosuperiores, aprovechando el espacio creado, para aumentar el diámetro mesio-distal de estos dientes (ver foto 4B).
- Temporales acrílicos en 15, 12 y 25 para reemplazar obturaciones y coronas en mal estado (ver fotos 6A y 6B).

Duración de tratamiento

3 años.

Resultado final

Se logró un buen resultado a nivel oclusal. Facialmente no se presentaron cambios.

Tratamiento proyectado

Coronas en porcelana en 15, 12 y 25, control periodontal y retención ortodóncica.

AGRADECIMIENTOS

Al Dr. Juan Roberto López (Odontopediatra, Ortodoncista CES) por su colaboración en las primeras fases de este tratamiento. A los Drs. Felipe Restrepo y María Adelaida León, residentes del postgrado de Prótesis Periodontal del CES, quienes realizaron el tratamiento protésico.

Fotos clínicas

- 1A y 1B - Fotos iniciales de frente y de perfil donde se observa un paciente leptoprosopo con simetría facial y con un perfil recto.

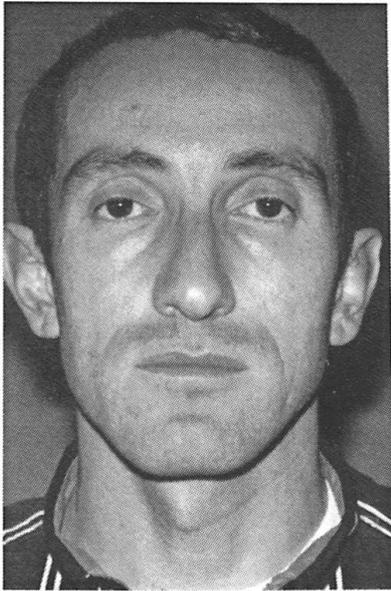
- 2A - Radiografía cefálica lateral inicial.
- 2B - Oclusión inicial frontal : Se puede observar la mordida cruzada unilateral derecha, la corona sobrecontorneada del 12, el diastema entre 11 y 12 y la desviación de la línea media inferior hacia la derecha.
- 3A - Oclusión inicial lado derecho : Se observa la mordida cruzada, grandes obturaciones a nivel de los molares y retracción gingival en el 15.
- 3B - Oclusión inicial lado izquierdo : Nótese la retracción gingival del 24, la corona desadaptada del 25 y la Curva de Spee incrementada.
- 4A - Foto del 12 : Nótese la discrepancia en la altura de los márgenes gingivales. Se realizó doblez extrusivo para disminuirla utilizando resortes abiertos para distribuir los espacios entre los incisivos superiores.
- 4B - Foto del 12 : Se observa menor discrepancia en la altura de los márgenes gingivales luego de realizar la extrusión de 12.
- 5A - Foto final del overjet y del overbite normales luego de realizar el tratamiento de camuflaje para clase III.
- 5B - Foto final de oclusión frontal : Nótese la correcta interdigitación dental, el cierre de diastema entre 11 y 12 y la corrección del sobrecontorno del 12 con el temporal. Persiste una ligera desviación de línea media.
- 6A - Foto final de oclusión derecha con temporal a nivel del 15.
- 6B - Foto final de oclusión izquierda con temporal en el 25.

BIBLIOGRAFIA

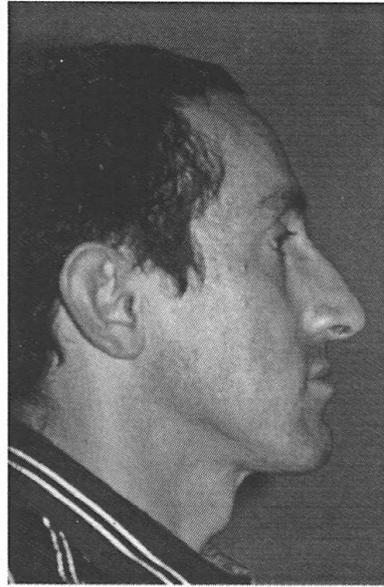
1. Thomas P.M : Orthodontic camouflage versus orthognathic surgery in the treatment of mandibular deficiency. J. Oral Maxillofac. Surg. 1995; 53 : 579 - 587.
2. Vander J.L : Alternative Nonsurgical Strategies to treat complex orthodontic problems. Seminars in orthodontics, vol 2, No 2 (june), 1996 : pp 90 - 113.
3. Tucker M. R. : Orthognathic surgery versus orthodontic camouflage in the treatment of mandibular deficiency J. Oral. Maxillofac. Surg. 1995; 53 : 572-578.
4. Ackerman J. L, Proffit W.R: Communication in orthodontic treatment planning: bioethical an informed consent issues. Angle Orthod 1995; 65(4): 253-262.
5. Proffit W.R, Phillips C, Douvartzidis N-A Comparison of outcomes or orthodontic and surgical-orthodontic in adults. Am Orthod Dentotoc Orthop 1992; 101: 556-65.
6. Oliva de Cuebas J : Nonsurgical treatment of a skeletal vertical discrepancy with a significant open bite. Am. J. Orthod. Dentofac Orthop. 1997; 112 : 124 - 3.
7. Vander J.L : Nonsurgical treatment of the patient with vertical discrepancy.
8. Fogle, L : Law S.S., Mosling M., Kinser D : Nonsurgical treatment of a class III malocclusion with maxillary skeletal retrusion using rapid maxillary expansion and reverse pull headgear. Am. J. Orthod Dentofacial Orthop. 1998; 114: 60 - 5.
9. Sabri. R. : Nonsurgical correction of a skeletal class II, División 1, malocclusion with bilateral crossbite and anterior openbite. Am. J. Orthod. Dentofacial Orthop. 1998; 114 : 189 - 94.
10. Insolt. M. D., Hocevar R., Gibbs C. H : The Nonsurgical treatment of a class II open bite malocclusion. Am. J. Orthod. Dentofac. Orthop. 1996;110 : 598 - 605.

CORRESPONDENCIA:

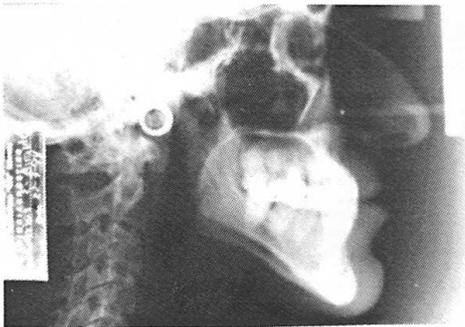
Diego Rey Mora
Facultad de Odontología, Instituto de Ciencias de la Salud -CES-
Calle 10 A #22-04, Medellín, Colombia
e-mail: rey@epm.net.co



1A



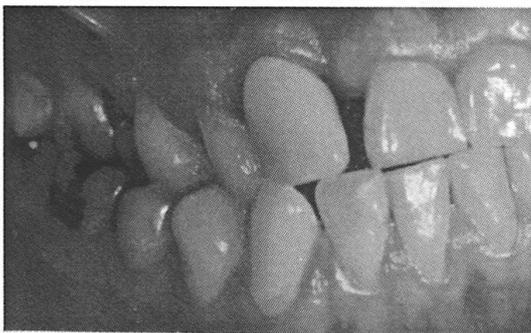
1B



2A



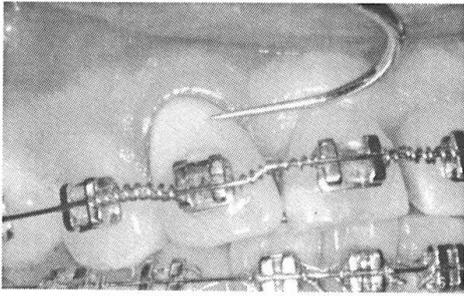
2B



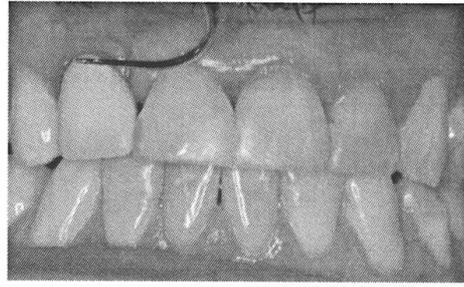
3A



3B



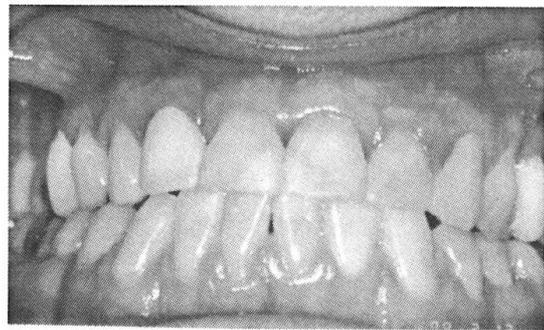
4A



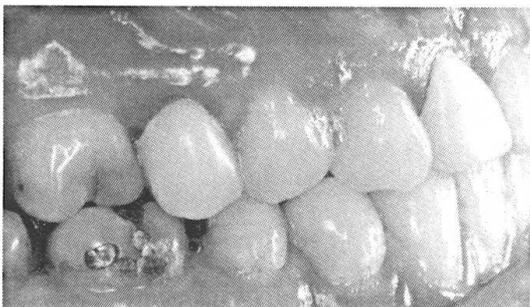
4B



5A



5B



6A



6B