

El Tratamiento Quirúrgico Ortodóncico de la Protrusión Maxilar

A propósito de un caso

POR LOS DOCTORES

JAVIER PIETROPINTO *

SERGIO VERGEIRAS **

(Montevideo - Uruguay)

La Clase II, constituye una anomalía frecuente; la corrección de las formas graves en una etapa tardía no es posible lograrla por medio de la ortodoncia únicamente. Instalada definitivamente repercute no sólo en el aspecto estético. Desde el punto de vista funcional se ven alteradas la fonación y la masticación; por otra parte en lo patológico favorece la instalación de modificaciones paradenciales.

El método combinado quirúrgico-ortodóncico permite obtener resultados satisfactorios cuando se le realiza entre los 15 y los 30 años en que una terapéutica incruenta poco podrá lograr.

Diversos autores se han ocupado de esta corrección quirúrgica-ortodóncica: Bichlmayr, Spanier, Axhausen, Wassmund, Schuchardt y Köle, pero son sobre todo los dos últimos quienes han puesto a punto las técnicas quirúrgicas para la corrección de esta anomalía así como también para la mordida abierta anterior y lateral y las proalveolias inferiores.

El resultado final, se obtiene en un plazo muy corto (6 a 8 semanas), lapso que justifica su aplicación y por ende la aceptación del paciente (adulto joven) que rechaza a esa

edad una aparatología ortodóncica prolongada para lo que puede ser en definitiva un intento de mejoría solamente.

La intervención consiste en la retropulsión del bloc anterior, creándose espacio para ello a expensas de la avulsión del primer premolar. Se realiza una fractura que incluye y aísla el fragmento a desplazar de modo que las osteotomías abarcará los aspectos vestibular y palatino como así también el tabique nasal. (Fig. 1).

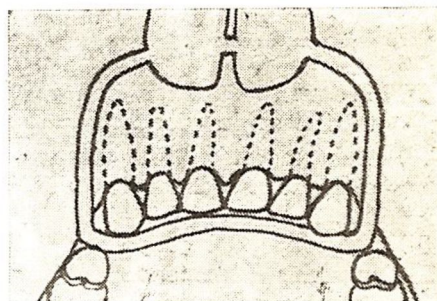


FIG. 1. — Esquema de la intervención, donde quedan determinadas las distintas porciones que abarca la osteotomía.

Caso Clínico.—

Paciente de 26 años, enviada para tratamiento quirúrgico de su protrusión maxilar. Fue tratada ortodóncicamente en edad apropiada, de una Clase II. Presenta una recidiva de su problema anterior que ha venido acentuándose en los últimos años.

* Jefe de Investigación y Asistente de Clínica Quirúrgica. Facultad de Odontología.

** Asistente de Clínica Ortodóncica de la Facultad de Odontología.

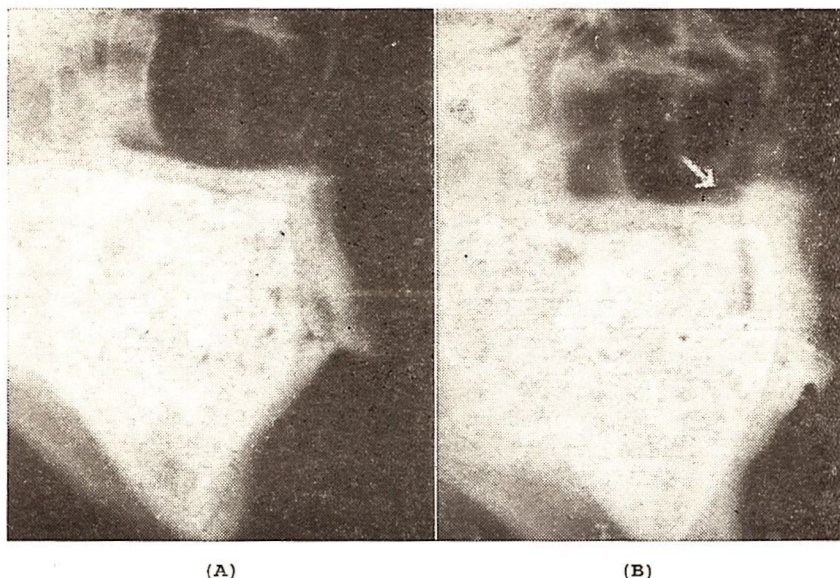


FIG. 2 (A y B). — Radiografía de perfil, pudiéndose apreciar en B, el escalón producido por la ascensión del fragmento.

Diagnóstico Ortodóncico.

Desde el punto de vista morfológico se comprueba:

- 1º) Proquelia superior, con protrusión de la arcada.
- 2º) Sobremordida sin disminución de la dimensión vertical.
- 3º) Descenso del grupo incisivo superior exponiendo el proceso alveolar en la sonrisa.
- 4º) Arcada inferior regular sin supraversion de los incisivos. (Fig. 5 B).

Clasificación.—

Se trata de una Clase II división I de Angle.

Estudio preoperatorio.—

Modelos de estudio. Se trabaja sobre dos juegos, en uno se mantiene reproducida la anomalía, en el

segundo se realizan las secciones que corresponden a la intervención proyectada pudiendo anticiparse con ello el resultado a obtener. Los desplazamientos impresos al fragmento son medidos y tenidos en cuenta para transportarlos en el acto operatorio.

Estudio Radiológico.—

El más importante es el estudio cefalométrico. De él surgirán precisiones diagnósticas como también la posibilidad de intervenciones complementarias con fines cosméticos (corrección del contorno mentoniano). La repetición postoperatoria de este mismo examen permitirá comprobar el desplazamiento logrado. (Fig. 2 A y B).

La radiografía intraoral de la futura zona operatoria da una pauta de las condiciones y relaciones del sector dentario que quedará involucrado.

Estos aspectos que se mencionan fueron tenido en cuenta en nuestro caso.

Plan de Tratamiento.—

Retropulsión en bloc abarcando los seis dientes anteriores según técnica Köle-Schuchardt, en dos tiempos.

Etapas Ortodóncicas.

El tratamiento ortodóncico se realizó en dos etapas intercaladas con los dos tiempos quirúrgicos.

Primera Etapa.—

Preoperatoriamente se colocaron bandas en 6 5 3 2 1 | 1 2 3 5 6. Las bandas molares con tubos horizontales redondos, las anteriores tipo Jackson.

Segunda Etapa.—

A las 24 horas previas al segundo tiempo operatorio se colocan las bandas Jackson ya preparadas, para los incisivos inferiores, además, bandas con ganchos para ligaduras o gomas en 6 5 4 | 4 5 6. Las bandas incisivas inferiores tienen la finalidad de soportar un plano guía de acrílico autopolimerizable (Fig. 3), mantenido en posición por retención en las bandas, teniendo además perforaciones a través de las cuales se completa su fijación con alambre. El plano guía en acrílico es una modificación que simplificó la gotera de plata colada aconsejada por Köle para fijar en posición como traba los bordes iniciales superiores. Mediante el uso del plano guía de acrílico, fue posible efectuar correcciones y modifi-



FIG. 3. — A los cinco días, donde mediante la acción del plano guía se ha realizado la ascensión y retropulsión del fragmento fracturado.

caciones rápidas dentro de límites precisos. El deslizamiento que se realiza sobre él, permite comprobar los movimientos de ubicación finales en el postoperatorio inmediato.

Tratamiento Quirúrgico

Primer Tiempo.—

Anestesia general con intubación intratraqueal. Novocaina, Pentotal y Succinilcolina intravenosos.

Avulsión de 4|4 "a cielo abierto",

resecando ambas tablas en su totalidad. Por el lado palatino se continuó la osteotomía hacia el rafe medio de manera que ambos trazos, derecho e izquierdo se unieran en la línea media. El corte en profundidad debe tomar todo el espesor del hueso respetando la mucosa nasal.

La fibromucosa palatina se dejó sin decolar en la proximidad de la línea media a fin de asegurar a través de ella un pedículo vascular para el tejido óseo. (Fig. 4 A y B).

Síntesis de las heridas a puntos separados.

Avulsión de los cordales inferiores semirretenidos.

Evolución postoperatoria.—

Se mantuvo dentro de los límites normales siendo acusadas solamente las reacciones provocadas por la intervención sobre los molares del juicio.

Segundo Tiempo.—

A los 20 días de la primera intervención se realiza la segunda también bajo anestesia general. Se aborda por la misma incisión el área de los bicúspides extraídos, exponiendo por tunelización la zona ósea supraapical del canino, avanzando hacia arriba y adelante hasta alcanzar la escotadura piriforme en la fosa nasal. Obtenida suficiente exposición se marca a fresa a 1 cm. por encima del ápice del canino la franja de tejido óseo a resecar de un ancho igual a los milímetros medidos sobre los modelos correspondientes al desplazamiento hacia arriba que tendrá el bloc, (Fig. 1 y 4B). La por-

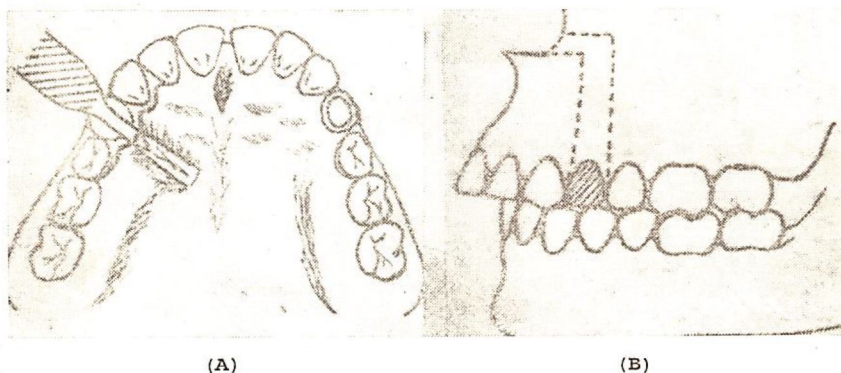


FIG. 4 (A y B). — Esquema de la intervención según Kõie. A, decolamiento por tunelización de la fibromucosa palatina B, zonas de osteotomía a realizar correspondiendo a la tabla externa del primer premolar y supraapical de la región del canino para alcanzar la escotadura piriforme.

fundidad que requiere el corte obliga a penetrar en el seno, aspecto que no tiene ninguna importancia.

Alcanzada la escotadura piriforme la sección ósea incluye la cara externa de las fosas nasales, respetando la mucosa. Completado este tiempo en ambos lados, el fragmento anterior está sólo mantenido por su unión al tabique nasal del que deberá ser separado. Con tal fin mediante una incisión a lo largo del frenillo labial se expone la espina nasal anterior. Con una legra fina se separa de ésta el tabique, completando la maniobra con escoplo. Se reseca una banda de cartílago que facilita el desplazamiento hacia arriba, del fragmento fracturado. En este momento la parte ósea está sólo mantenida por el revestimiento mucoperióstico que constituye el pedículo nutritivo. Se cierran las heridas a puntos separados.

Se coloca el arco (redondo de 0.55 mm. de diámetro), mientras se mantiene en posición el fragmento, agregando gomas unimaxilares para tracción anteroposterior. Mientras tanto los incisivos hacen tope en el plano guía que como punto de apoyo orienta la elevación del fragmento anterior. La enferma abandona la mesa con la corrección lograda casi en un cien por cien. Las tracciones en el postoperatorio inmediato realizarán el resto.

Evolución Postoperatoria.—

Resulta de una benignidad sorprendente prácticamente in-

dolora. A las 48 horas se ha obtenido casi totalmente la retrusión y ascensión del bloc anterior.

Al quinto día se procede a la fijación intermaxilar siendo normal en este momento el contacto posterior, dándole al tratamiento idéntico curso que al de una fractura.

Cumplido un plazo de 50 días la consolidación es casi total, se remueve la aparatología de inmovi-

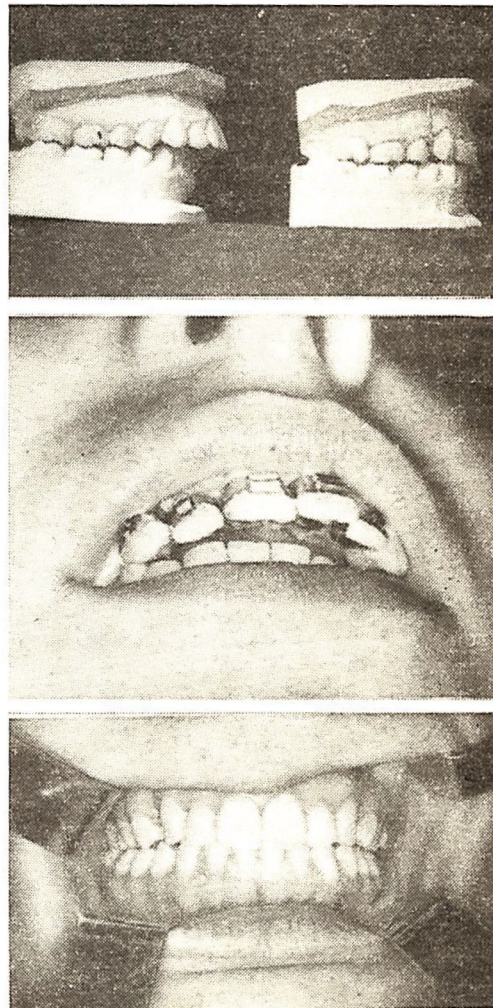


FIG. 5 (A, B y C). - Aspectos pre y postoperatorio.

lización y se coloca un removible superior usado a permanencia durante dos meses y por un lapso igual sólo durante la noche.

Comentarios Finales.—

El resultado postoperatorio que se muestra corresponde a un control después de 10 meses. La vitalidad de los dientes se encuentra conservada (Fig. 5 A, B, y C).

La anestesia general no es imperativa en la realización de la intervención, habiéndose usado en nuestro caso por deseo de la paciente.

A través de lo expuesto es posible comprobar las posibilidades que ofrece una técnica mixta quirúrgica-ortodóncica, en la correc-

ción tardía de mal posiciones importantes.

BIBLIOGRAFIA

- KIRSCHNER, M. — "Tratado de Técnica Operatoria General y Especial" 2. Ed. Edit. Labor.
- KOLE, H. — "Surgical Operations on the Alveolar Ridge to Corret Occlusal Abnormalities". Oral Surgery, Oral Pathology and Oral Medicine. Nº 3, 4, 5. Año 1959.
- IMMENKAMP, A. — "Tratado General de Odontostomatología". Tomo 3, Vol. 1. Edit. Alhambra. Año 1962.
- MURPHEY, P., WALKER, R. — "Correction of Maxillary Protrusion by Osteotomy and Orthodontic Therapy". Journal of Oral Surgery. Vol 21. Nº 4. Julio 1963.
- OBWEGESER, H. — "Cirugía del "Mordex Apertus" Revista de la Asociación Odontológica Argentina. Vol. 50. Nº 11. Año 1962.

REGLAMENTACION DE ODONTOLOGIA URUGUAYA

- 1) Se considera trabajo original, tanto clínico como de experimentación, aquel que aporte nuevos puntos de vista en la revisión de un problema.
- 2) Para su publicación deberá ser presentado escrito a máquina a doble espacio, no excediendo en su extensión de 7 páginas y venir acompañado de un resumen y conclusiones finales. Las citas bibliográficas deberán ser indicadas con un llamado numeral, colocada en orden alfabético o numeral al final del trabajo y deberán contener:
 - a) nombre del autor citado; b) título del trabajo en el idioma original; c) especificación concreta de la cita, título de la obra o revista, volumen, año, página.
- 3) Los textos una vez entregados a la Redacción, no podrán ser cambiados, disponiendo el autor de dos días para la corrección de la prueba.
- 4) La Revista tomará a su cargo la publicación hasta de cuatro ejemplares, por trabajo, corriendo los demás por cuenta del autor.
- 5) Se entregarán al autor 2 (dos) ejemplares, corriendo por cuenta del mismo el costo de apartados, si éste los solicitare.
- 6) La publicación de casos clínicos, notas prácticas, se regirán por condiciones similares a la naturaleza de la contribución.
- 7) La Revista propiciará la permanencia de Notas sobre distintas disciplinas científicas a cargo de las Seccionales o en su defecto por profesional nombrado por el Cuerpo Asesor supervisado.
- 8) Los trabajos de carácter gremial, podrán ser enviados directamente a la Dirección de la Revista, pero ésta se reserva el derecho de consultar al Cuerpo Asesor.