

Dra. Thais Yu Aragonese

Odontóloga licenciada
Máster en Implantología y Periodoncia
Máster en Ortodoncia.

Dr. César Colmenero.

Cirujano maxilofacial, implantólogo y otorrino.

Dr. Tomás Yu Ishizuka

Licenciado en Medicina
licenciado en Odontología.

Dra. M^a Teresa Martínez Iturriaga

Cirujano maxilofacial práctica privada

Planificación quirúrgica en el paciente asiático

INTRODUCCIÓN

Debido al creciente flujo de inmigrantes en España, aproximadamente del 12 al 14% del total de la población en el país, tanto ortodontistas como cirujanos deberíamos estudiar las características étnicas y antropométricas de los distintos patrones faciales de futuros pacientes étnicos. Para ortodontistas y cirujanos quizá los pacientes de etnia asiática sean los menos conocidos, pero el flujo cada vez más en incremento de este tipo de pacientes, nos dan la oportunidad de mejorar nuestros tratamientos.

La cirugía cosmética, la ortodoncia y la cirugía ortognática del paciente asiático son un campo totalmente diferente. La aplicación de los principios de los pacientes caucásicos produce resultados inesperados y a veces desastrosos. El ideal de belleza centroeuropeo-anglo-americano, también llamado "western", puede que se conforme con los conceptos de belleza asiáticos y a pesar de la enorme influencia occidental de muchos de estos pacientes, existe un elemento de orgullo étnico que persevera en la búsqueda de los ideales de la belleza asiática. Sin embargo, existen multitud de procedimientos quirúrgicos y ortodónticos que benefician a los pacientes asiáticos y que aplican el mismo principio que se aplica a los pacientes de raza blanca.

Es importante conocer también las subetnias dentro de este heterogéneo grupo de pacientes con diferentes tipos antropométricos. Dichos individuos cuentan con huesos malares prominentes, anchos arcos zigomáticos, protrusión premaxilar o hipertrofias maseterinas con un ángulo mandibular marcado. Estos son algunos de los rasgos típicamente coreanos que producen una cara "dura" comparada con otras más suaves y de aspecto más conservador como es el caso que presentamos.

La combinación de ortodoncia y cirugía ortognática suponen el estándar en el tratamiento de las deformidades dentofaciales. La corrección por medio de estas técnicas supone una importante mejora funcional y estética con respecto a la oclusión, respiración, funcionalismo articular, etc. Pero existen zonas en las que el

aumento volumétrico del esqueleto facial se consigue de una forma más predecible y segura, es decir, con menos complicaciones, efectos secundarios y empleando materiales aloplásticos ya que la remodelación a largo plazo de los injertos óseos puestos en el maxilar es impredecible. En nuestra opinión el material de elección a la hora de combinar osteotomías con el uso de implantes aloplásticos es el Medpar® (porex surgical, inc, färburn, GA) ya que el tipo y tamaño de poro facilitan la invasión fibrovascular e incorporación del implante. Asimismo, es fácil de moldear y permite fijar el implante con tornillos de osteosíntesis.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de 19 años de edad con ascendencia étnica chino-coreana y española con una maloclusión de clase III esquelética con mordida abierta. La paciente ha estado con tratamiento ortodóntico durante 18 meses, consistente en el alineamiento de los dientes en las arcadas tras un estudio previo sobre trazados cefalométricos y sobre modelos montados en articulador. Se consideró necesario dar torque positivo a los dientes anteriores debido a la falta de guía anterior que quedaría al finalizar el caso a pesar del avance maxilar. Esto es debido a la microdoncia de este sector, una falta de material dentario de las cuatro piezas dentarias anterosuperiores.

PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO

Bajo anestesia general se realizó infiltración de 20 ml de lidocaína 0-5%, adrenalina 1/10⁵ en el vestíbulo superior. Se realiza una incisión de canino a canino y la disección subperióstica con el elevador de Obwegesser exponiendo el maxilar, la fosa piriforme, el malar y el zigoma. El nervio infraorbitario fue esquelizado y preservado, y se realizó una exposición de la apertura piriforme submucosa preservando la mucosa. Se realizó una osteotomía tipo Lefort I clásica sin osteotomías pterigoideas con avance de 9 mm e impactación posterior de 3 mm; se colocaron alambres de fijación intermaxilar y placas en arbotantes piriformes y zigomáticos. Se comprobó el

Caso Clínico

asentamiento pasivo del maxilar sobre la mandíbula con un overbite y un overjet de los 2,5-3 mm ideales debido a la microdoncia dentaria, retirándole la fijación intermaxilar. Posteriormente, la zona malar-submalar fue desperiostizada hasta el tercio medio del arco zigomático. Una prótesis malar de Medpar® fue embebida en povidona yodada y en suero a 80° se moldeó sobre la zona receptora. Se comprobó la proyección y simetría y se fijaron rígidamente con tornillos de osteosíntesis de 2 x 11 mm y consiguiendo una proyección de 7-9 mm de las zonas malar, submalar. La paciente fue extubada en quirófano y dada de alta del hospital en 24 h sin complicaciones.

La inflamación se resolvió en 10 días. La paciente estuvo con dieta "turmix" 12 días y poco a poco fue aumentando progresivamente la consistencia de los alimentos. Tuvo un levisimo déficit sensorial en la zona infraorbitaria. La adaptación de los tejidos blandos, incluyendo los labios dura de 6-12 meses para adaptarse a su nueva posición.

TERMINACIÓN ORTODÓNTICA

Se colocaron elásticos intermaxilares de clase III de 5 onzas durante un corto periodo de tiempo simplemente para conseguir una perfecta clase I canina; posteriormente se colocaron otros elásticos intermaxilares para aumentar la guía incisal provocada por la microdoncia superoanterior, y se esperó el tiempo necesario a la erupción de los siete superiores ya que anteriormente se encontraban sin espacio para hacerlo y tras la operación las condiciones eran favorable. Una vez erupcionados se tuvo que colocar elásticos

crick-cross desde 27 a 37 debido a que erupcionaron en mordida cruzada. Una vez conseguido el asentamiento oclusal y haberlo estabilizado, asegurándonos de no dejar interferencias que favoreciesen la recidiva, se procedió a la retirada de la ortodoncia y en su lugar se colocaron férulas de acrílico para uso nocturno además de los retenedores pertinentes, 3 x 3 en la zona lingual de los dientes anteroinferiores y el 2 x 2 en palatino de los anterosuperiores.

CONCLUSIONES

La aplicación de técnicas de cirugía ortognática a pacientes de etnia asiática entre otras produce resultados altamente satisfactorios. Una considerable mejora oclusal, respiratoria y estética son predecibles y estables si existe una adecuada y experta preparación ortodóntica y ejecución de la cirugía según la planificación previa. Los pacientes son extubados en quirófano y son dados de alta del hospital en 24 horas o menos.

Se emplean ligeros elásticos para guiar la oclusión.

La utilización de implantes de Medpar® en la zona malar-submalar producen resultados estéticos muy satisfactorios. En nuestra experiencia con este tipo de implante, sólo se ha dado un caso de infección que precisó su retirada sin provocar efectos secundarios a largo plazo. La biocompatibilidad y la facilidad para moldearlo según las necesidades y para fijarlo rígidamente con tornillos hacen que sea el material de elección para el aumento esquelético y cirugía de contorno tanto en la región frontal, temporal, malar como en ángulos mandibulares.



Gala Un universo de cualidades

Nuevo SERIES:
Gala Plus
Gala Premium

ALYA lámpara

72h MADRID LEASING
Su financiación en un tiempo record

GRUPO DENTALITE
Todo en Dental
Línea gratuita 900 600 000

desde 1906

Caso Clínico



Figura 1 Vista frontal de cara



Figura 2 Vista frontal II de cara



Figura 3 Vista perfil de cara



Figura 4 Telerradiografía pretratamiento



Figura 5 Ortopantomografía pretratamiento



Figura 6 Lado derecho pretratamiento



Figura 7 Lado izquierdo pretratamiento

Caso Clínico



Figura 16
Vista oclusal
mandibular
prequirúrgica



Figura 17
vista oclusal
maxilar prequirúrgica



Figura 18 Vista del lado izquierdo prequirúrgica



Figura 19 Vista del lado derecho prequirúrgica



Figura 20 Vista frontal prequirúrgica



Figura 21 Vista oclusal maxilar postquirúrgica

**¿Tu ya has hecho un Master en ortodoncia?
¿Cansado de cursos muy largos?
¿Hace mucho tiempo que no te actualizas?**

Study Group es ideal para estudiar un tema a fondo en 4 horas con grupos de 4 a 8 alumnos y un profesor experto en ortodoncia. Al final de cada clase podrás exponer tus dudas con respecto a los casos de tu consulta. Grupos de estudio en Madrid / Barcelona/ Portugal. ¡Ven a estudiar y actualizar tus conocimientos con nosotros!

Dr. Jonas Ferreira: Experto en Ortodoncia y ATM, Dolor orofacial /Brasil, Prof del Master en Ortodoncia de la UCCB-Br, Doctorando en la UB. Profesor Invitado del Master del Orthodontic World Institute BCN.



Jonás Ferreira
Study Group
934 192 764
600 467 054

www.jonasferreira.eu

“Soluciones entre Expertos”

Caso Clínico



Figura 22 Vista oclusal mandibular postquirúrgica



Figura 23 Vista del lado derecho postquirúrgica



Figura 24 Vista del lado izquierdo postquirúrgica



Figura 25 Vista frontal postquirúrgica



Figura 26
Vista lateral
post-tratamiento



Figura 27 Vista frontal
cara post-tratamiento

Caso Clínico



Figura 28
Vista frontal de cara
post-tratamiento



Figura 29
Vista perfil de cara
post-tratamiento

Seis años después



Figura 30 Vista oclusal maxilar post-tratamiento



Figura 31 Vista oclusal mandibular post-tratamiento

Bien Air⁺
Dental

CHIROPRO L
REVALÚE SUS
EXIGENCIAS

Bien-Air España SA
Entença 169 Bajos 08029 Barcelona España www.bienair.com



50
.....
Technologies
& Inspiration

Caso Clínico



Figura 32 Vista del lado derecho post-tratamiento



Figura 33 Vista del lado izquierdo post-tratamiento



Figura 34 Vista frontal post-tratamiento

BIBLIOGRAFÍA

1. **Proffit WR, White R, Server DM.** Contemporary treatment of dentofacial deformities. Ed. Mosby Inc., 2003.
2. **Bell WH.** Modern Practice in orthognathic and Reconstructive Surgery. WB Saunders Philadelphia, 1992.
3. **Baek Sun, Cheng YD.** Problems in aesthetic contouring of the facial skeleton in orientals. Prob. Plast Dean Surg. 1: 607-682, 1995.
4. **Arnett W McLaughlin.** Facial and dental planning for orthodontists an ural surgeons. Mosby, 2004
5. **Graber TM, Vanarsdall RL, Vig KWL.** Ortodoncia: principios y técnicas actuales. Ed. Elsevier, 2006, 16-123.



Figura 35 Teleradiografía post-tratamiento



Figura 36 Ortopantomografía post-tratamiento