



## Incognito™: Casos clínicos

• *Vicente Sada Garralda*

Postgrado y Maestría en Ortodoncia por la UIC. (México)  
 Miembro Activo de la "European Society of Lingual Orthodontics" y "World Society of Lingual Orthodontics"  
 Práctica privada de ortodoncia en Pamplona  
 vicente@topdental.es

Siempre ha sido importante demostrar lo que se dice, pero más aún hoy en día, en la era de la comunicación, en la que estamos expuestos a tanta información poco fiable.

Una vez hecha la introducción del sistema Incognito™, sólo se pueden presentar casos clínicos para demostrar que es un sistema predecible y que funciona correctamente.

Uno de los primeros casos que llegó a la consulta solicitando orto-

doncia lingual después de aparecer el sistema, fue este joven de 22 años.

Presentaba Clase II esquelética con una posición algo retrasada de la mandíbula y un plano mandibular muy vertical. Debido a esto, el tercio facial inferior estaba aumentado y el perfil era muy convexo.

A nivel dental, había una relación molar y canina de Clase I, con apiñamiento severo en ambas arcadas. Tenía además, gran proclivación de incisivos superiores pero, sobre todo, inferiores. En la

zona anterior, también había algo de mordida abierta (Figura 1).

Se planificó un tratamiento que consistía en cirugía ortognática, pero el paciente solicitó otra alternativa menos arriesgada, aunque no se resolvieran completamente todos sus problemas. Una relación esquelética de este tipo sólo era posible de afrontar sin cirugía si se incluían microimplantes en el plan de tratamiento. La idea que se planteó fue extraer los terceros molares superiores e inferiores para poner en su



Figura 1.



Figura 2.



Figura 3.

lugar cuatro microimplantes. Colocados ahí y ayudados de otro en la sutura media palatina, permitirían retraer todos los dientes anteriores, además de intruir los molares para disminuir la dimensión vertical y que autorrotase la mandíbula.

De esta manera se podía resolver completamente el apiñamiento y dar una buena inclinación de

incisivos superiores e inferiores; extrayendo unos terceros molares que estaban muy justos atrás, y que eran difíciles de cepillar. Además, se podría disminuir la dimensión vertical y el tercio inferior para facilitar el cierre de labios. Conseguir Clase I esquelética era un objetivo imposible con este plan, pero reducir la Clase II era posible. Estéticamente se podría conseguir algo más de mentón, algo que es muy importante en el perfil.

El plan de tratamiento era un reto porque la resolución de pequeñas malposiciones esqueléticas con microimplantes para evitar la cirugía ortognática es relativamente reciente. Cuando el paciente comentó que quería hacerlo con ortodoncia lingual, las dudas fueron mayores,

pues combinar estas dos técnicas tan recientes implicaba recorrer un camino poco experimentado.

A pesar de no ser la solución ideal porque no se llegaba hasta el final de la corrección, todo el recorrido era positivo; así que el paciente aceptó el plan y se empezó el tratamiento.

Se extrajeron los terceros molares, y después de esperar a que se formara hueso durante algo más de seis meses, se colocaron los cinco microimplantes (Figura 2).

Pocos días después, se colocaron los brackets linguales superiores y unos por vestibular en molares para poder traccionar desde los micros que estaban por bucal. También se empezó a tirar desde el microimplante situado en la sutura media palatina con cadena a los primeros molares por lingual. A pesar del apiñamiento, se pudo insertar un alambre de nitinol superelástico 0,016 en todas las ranuras excepto una. En este sentido, es igual que si fuera un aparato por vestibular: por muy apiñados que estén, se puede insertar el alambre hasta el fondo de la ranura desde el principio. La distancia interbracket es mucho menor por lingual que por vestibular, pero como los brackets no son gemelares y tienen ranura vertical, se compensan los inconvenientes mucho mejor que en otros brackets linguales. La ranura vertical, además de facilitar la inserción y el trabajo del operador, ofrece un perfecto control antirrotacional sin necesidad de ligar el arco con metálica (Figura 3).

A los cinco meses de cementar la arcada superior, se colocaron los brackets inferiores con un 0,016 nitinol superelástico. En ese momento se empezó a tirar desde los micros inferiores a los primeros molares inferiores por lingual y bucal a la vez para evitar rotaciones. A pesar de los pocos meses, ya había mordida abierta posterior en molares gracias a la intrusión de molares superiores. En el arco superior ya casi se habían desrotado y nivelado los dientes (Figura 4).



Figura 4.



Figura 5.

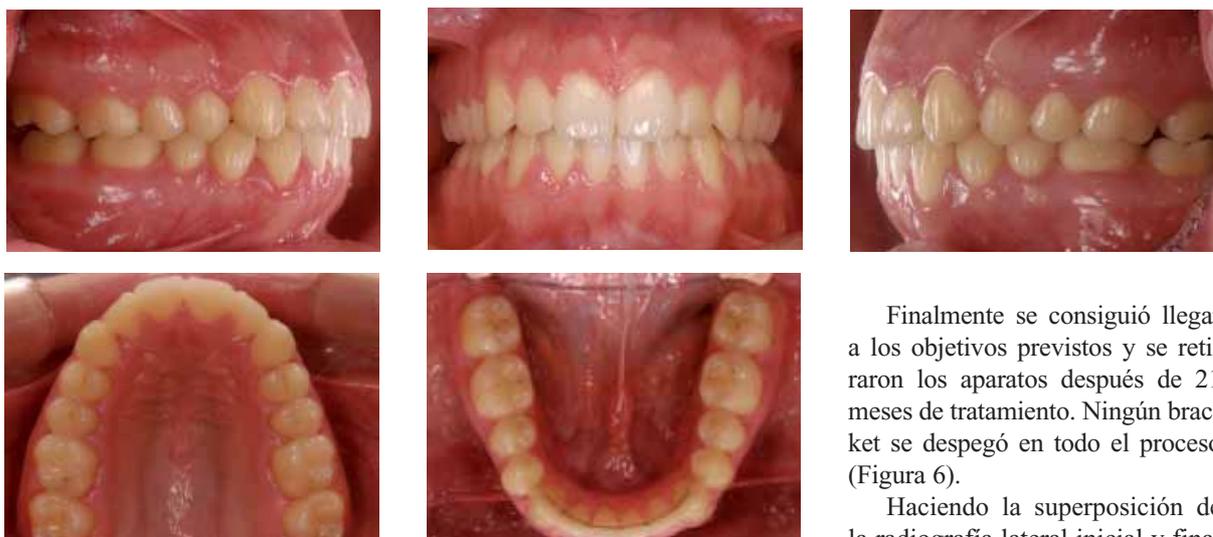


Figura 6.



Figura 7.

Durante los siguientes meses se fue aumentando el grosor de los arcos y retrayendo dientes anteriores para resolver el apiñamiento y la proclinación de incisivos. Se intruyeron molares para reducir dimensión vertical y que la mandíbula autorrotase. Se respetó la Clase I molar y canina que se tenía al principio (Figura 5).

Finalmente se consiguió llegar a los objetivos previstos y se retiraron los aparatos después de 21 meses de tratamiento. Ningún bracket se despegó en todo el proceso (Figura 6).

Haciendo la superposición de la radiografía lateral inicial y final se puede ver que, gracias a un pequeño avance de la mandíbula, se consiguió disminuir el ANB. Esta diferencia se percibe a simple vista en la foto lateral de la cara, en la que se aprecia un gran cambio en el tercio inferior. Al paciente le resulta más fácil cerrar los labios y el mentón se ve claramente más pronunciado. Se consiguió el objetivo de que la mandíbula autorrotara y se redujera el problema esquelético sin cirugía (Figura 7).

Se corrigió la proclinación de incisivos superiores e inferiores, se logró resolver el apiñamiento y cerrar la mordida anterior.

Se puede decir por tanto que el tratamiento de problemas complicados se puede llevar a cabo con ortodoncia lingual empleando el sistema Incognito™. También, que es perfectamente compatible con el uso de microimplantes para anclaje. De esta forma, se pueden combinar las dos sistemas que en mi opinión han revolucionado la ortodoncia actual.

## CASO II

En el mismo mes que el caso anterior, vino a la consulta esta señora de 53 años con la idea de hacerse tratamiento de ortodoncia lingual. Como es normal, con los años las bocas van teniendo problemas más complicados y ésta no es una excepción.

Presentaba maloclusión de Clase III de Angle en molares y caninos, sobre todo en lado derecho. Los incisivos inferiores estaban algo proclinalados por un mal hábito de apoyar la lengua en ellos. Además, todo el lado izquierdo desde caninos hasta primeros molares estaba en mordida cruzada. Tenía apiñamiento superior e inferior severo y desviación de línea media inferior 3 mm. a la izquierda (Figura 8).

La paciente estaba en control de un tratamiento periodontal por el que había perdido algo de soporte óseo generalizado. Debido a esta pérdida de hueso, la encía se había

retraído y las papilas no rellenaban las troneras entre los dientes.

Entre los antiestéticos “triángulos negros” y el gran apiñamiento anterior, la estética estaba muy afectada y quería arreglársela sin que se le vieran los aparatos.

A la hora de hacer el plan de tratamiento, se debe hacer independientemente del tipo de mecánica que se vaya a usar pues se pueden conseguir los mismos resultados por vestibular que por lingual. Pero casualmente, si se va a hacer algo de expansión dental como en este caso, los brackets por lingual aceleran el proceso.

En una situación con tanto apiñamiento, parece lógico que el plan de tratamiento incluya la extracción de cuatro premolares. Pero, analizando todos los demás factores, hay que tener en cuenta el problema periodontal y la pérdida de hueso, por lo que las extracciones contribuyen a que haya una mayor pérdida. Si se extraen premolares,

el tratamiento se alarga porque se pasa de tener falta de espacio a tener de sobra, que puede ser algo difícil de solucionar.

En este tipo de pacientes, hay que buscar la opción más conservadora, y el “stripping” permite ganar el espacio para resolver el apiñamiento sin tener que extraer. La ventaja de este procedimiento es que además de eliminar el apiñamiento, ayuda a mejorar el estado periodontal. Al juntar las raíces, se recupera la distancia interradicular que había anteriormente y se disminuye la probabilidad de aparición de defectos intraóseos. Además, se comprime la papila interdental y se rellena la tronera, reduciendo los espacios negros y disminuyendo el acúmulo de placa bacteriana en estas zonas.

Ante tantas ventajas, se optó por no extraer y se comenzó haciendo stripping entre molares y premolares superiores. A pesar de que el apiñamiento está adelante y es

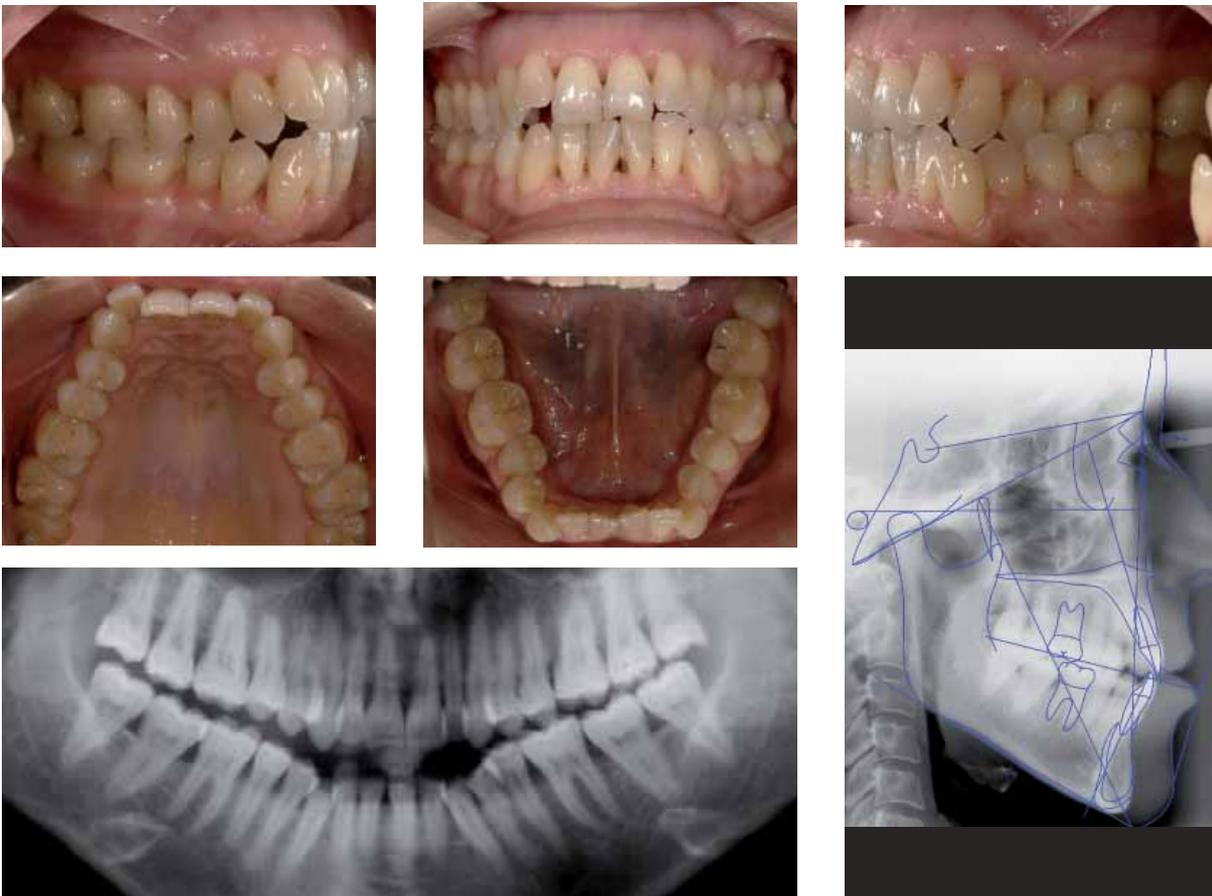


Figura 8.



Figura 9.



Figura 10.



Figura 11.



Figura 12.

donde más espacio se necesita, los dientes posteriores son los que tienen una capa de esmalte más grueso y es donde se debe sacar más espacio. Estos espacios ganados se deben ir trasladando hacia delante, que es donde se necesitan.

En la segunda visita, se colocaron los brackets superiores y se retocó el stripping entre premolares y molares izquierdos que quedó sin terminar en la cita anterior. Aunque no lo parezca, en el lado derecho también se había hecho pero en una semana prácticamente se habían cerrado los espacios. Aún mejor que en el caso anterior, desde el primer día se pudo insertar el arco dentro de las ranuras de todos los brackets a pesar del gran apiñamiento existente (Figura 9).

En las siguientes dos citas se hizo el stripping entre los molares y premolares inferiores. Se deben tener cuidado en respetar el contorno original de los dientes sin dejar ninguna irregularidad que pueda crear retención de placa bacteriana en un futuro. Por eso, las citas son largas para poder hacerlo con esmero.

A los dos meses del comienzo, se colocaron los brackets inferiores y se hizo el stripping de primer premolar a primer premolar inferior. Se colocaron unos botones en primer molar y segundo premolar inferiores izquierdos por vestibular

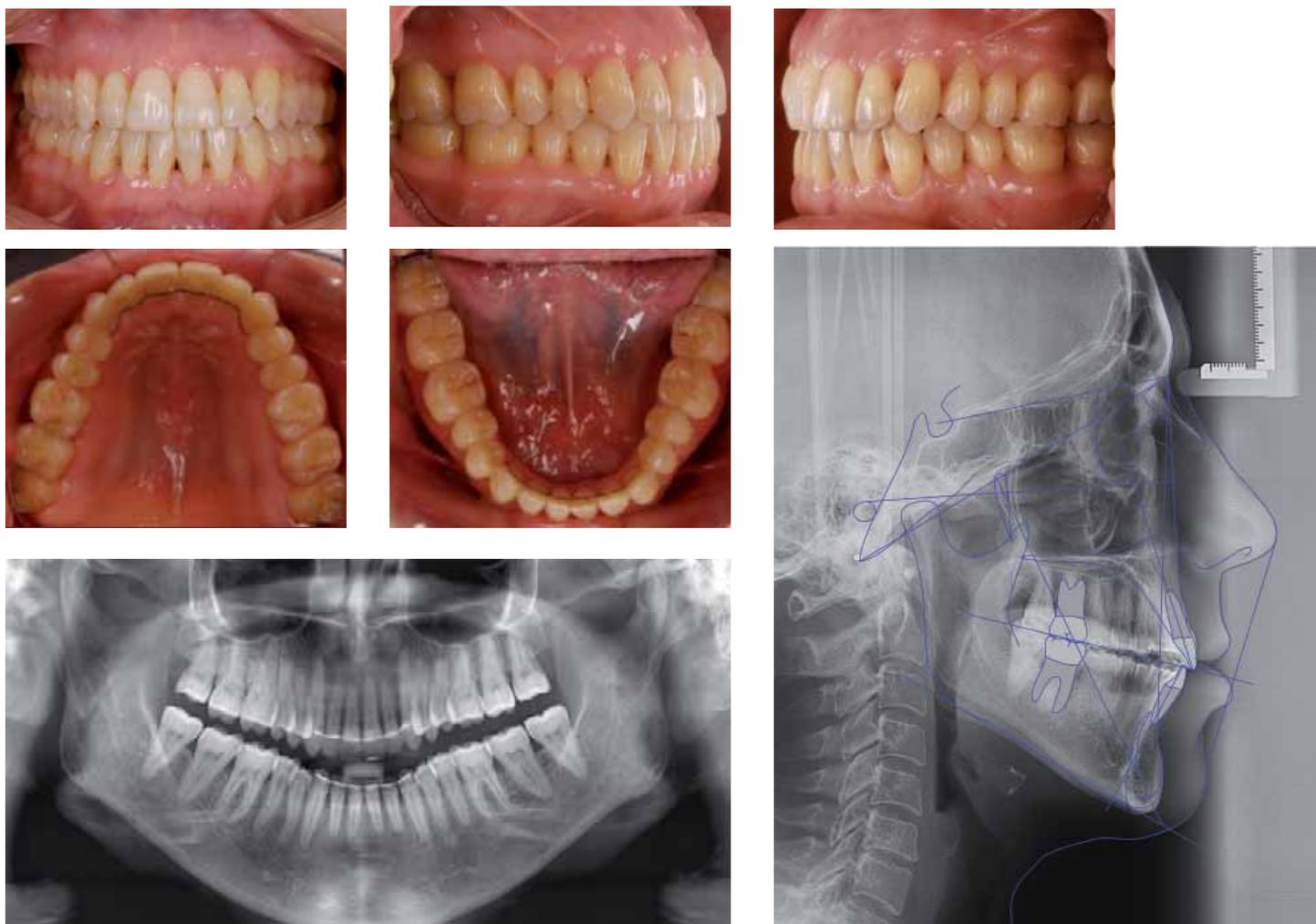


Figura 13.

para poner una liga cruzada e ir corrigiendo la mordida cruzada de ese lado. En el arco superior, ya se habían alineado los incisivos. Esta idea de lo rápido que es este sistema para corregir rotaciones, gracias a la ranura vertical (Figura 10).

En citas posteriores se siguió haciendo stripping en los dientes que faltaban y se colocaron alambres 016x022 superelásticos, con los que prácticamente se hizo todo el tratamiento (Figura 11).

Se siguió usando liga cruzada izquierda y, algún mes, liga diagonal anterior para centrar líneas 1/2 y cerrar mordida anterior (Figura 12).

Después de 25 meses de tratamiento, se consiguieron los objetivos previstos y se retiraron los aparatos. Durante todo el tratamiento, solo un bracket se despegó y sólo se necesitaron tres arcos por cada maxilar (Figura 13).

## CONCLUSIONES

Con la presentación de estos casos, queda claro que el sistema Incognito™ permite abordar tratamientos de problemas oclusales complejos.

Además, este sistema se puede utilizar combinándolo con microimplantes y con stripping.

Es un buen sistema para hacer tratamientos de ortodoncia en bocas que tienen problemas periodontales, siempre que estén controlados; igual que ocurre por vestibular.