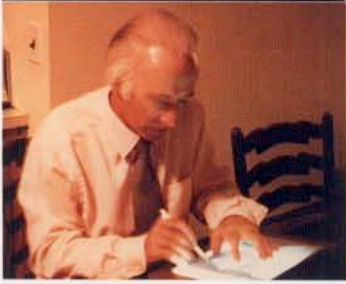


EL DR. RALEIGH WILLIAMS OFRECE ASESORIA SOBRE LAS EXTRACCIONES DE PRIMEROS MOLARES EN UN CASO (ARTÍCULO DE PORTADA).



TIP-EDGE® TODAY

Published Quarterly In The USA



EL DR. PETER KESLING (IZQUIERDA) LE MUESTRA AL DR. GIRISH KARANDIKAR DE LA INDIA, EL EDIFICIO ORIGINAL DE TP. QUE DATA DE 1942.

OTOÑO 1998

COMENTARIOS

AL CIRUJANO DENTISTA LE DA REMORDIMIENTO—



Después de extraer los primeros molares superiores. Artículo de Portada

ESPERANDO A LOS CANINOS PARA ENDEREZARLOS—

Discusión acerca del uso de fuertes resortes en caninos, P's y R's, Página 3.



SACACORCHOS—

Es útil solo cuando se abre una botella de vino. Querido Editor, Página 4.



¿TIP-EDGE AUTOLIGADO?

Menos de la mitad de los ortodoncistas que usan brackets de Tip-Edge están interesados en un bracket de auto-ligado y el 10% están indecisos.

Datos basados en una encuesta a ortodoncistas que usan brackets de Tip-Edge y la TARD.

ARTÍCULO DE PORTADA

La involucración del seno no presenta problemas en el cierre de espacios

Por Christopher K. Kesling, D.D.S., M.S.

Un paciente se presentó a la clínica de los Drs. John y Maori Kaku de Tokio, Japón. Él tenía 32 años de edad de tipo asiático y una maloclusión Clase II, división 1. Presentaba una sobremordida horizontal de 8.9 mm y vertical del 80 por ciento con escaso apiñamiento en ambas arcadas, Figura 1.

Las mediciones cefalométricas revelaron un marcado patrón esquelético Clase II (Wits = +5.0 mm) debido a una mandíbula retrognática con los incisivos inferiores 3 mm por delante de la línea A-Po (la norma Japonesa para este valor es de +5.0 mm). El perfil facial del paciente era convexo con un labio superior protrusivo.

La corrección de estas maloclusiones Clase II en adultos a menudo requieren la extracción de dientes en ambas arcadas. Si, sin embargo, la arcada mandibular está bien alineada con los incisivos inferiores sobre, o cerca de la línea A-Po, el plan de tratamiento preferido es frecuentemente la extracción de dientes sólo en la arcada superior.

En esta situación muchos orto-



Figura 1. Paciente que muestra una completa maloclusión Clase II, División 1 con 8.9 mm de sobremordida horizontal. La arcada inferior muestra sólo apiñamiento ligero.

doncistas consideran automáticamente la extracción de los primeros premolares superiores, lo cual permite la corrección de cualquier sobremordida horizontal y vertical existentes pero deja a los primeros molares en una relación Clase II. La oclusión final conseguida con este plan de tratamiento algunas veces sufre una pobre interdigitación de los segmentos bucales y una tendencia a que se reabran los sitios de las extracciones.

Cuando los terceros molares superiores están presentes y bien orientados para erupcionar exitosamente, el plan de tratamiento preferible es la extracción de los primeros molares superiores.¹ Esto produce una oclusión muy superior comparada con las extracciones de premolares

superiores con todos los segmentos bucales, incluyendo los molares, en una sólida oclusión Clase I.

La extracción de los primeros molares superiores fue recomendada por los Drs. Kaku y el paciente se remitió al cirujano oral para el procedimiento de las extracciones.

Después de las extracciones el cirujano sintió que las raíces palatinas de los primeros molares estaban conectadas con los senos maxilares. Recurrió a la radiografía panorámica para ilustrar su punto, Figura 2.

El cirujano oral sostuvo que la aparente conexión entre los alveolos y los senos maxilares resultaría en una pobre formación de hueso en los sitios de la extracción. Él recomendó que el tratamiento ortodóntico se retrasara por lo menos 6 meses para facilitar la formación de hueso nuevo y luego usar prótesis en los sitios de la extracción para cerrar estos espacios en lugar de hacer el tratamiento ortodóntico si no ocurría una adecuada regeneración el hueso.

Esta preocupación de cirujano impactó a los ortodoncistas y se resignaron a que no tenían otra opción más que tratar a este paciente haciendo las extracciones de primeros premolares. Buscando otra opinión, los registros del paciente

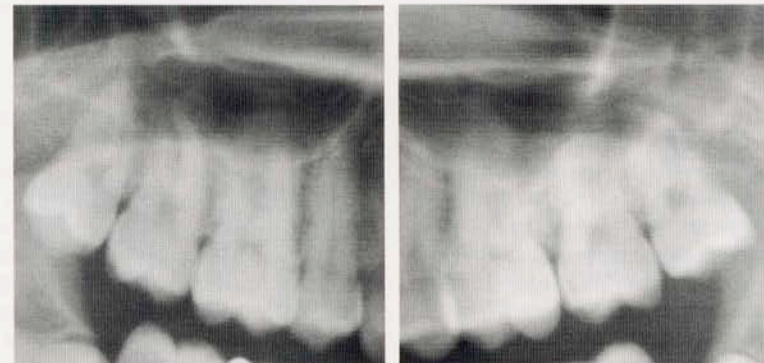


Figura 2. Secciones de la radiografía panorámica tomada antes del tratamiento. Nótese la aparente proximidad de los senos maxilares con los ápices de las raíces.

Continúa en la pág. 2

ARTÍCULO DE PORTADA

La involucración del seno . . . *Continúa de la Pág. 1*

fueron enviados al Dr. Raleigh Williams, autor de numerosos artículos en materia de tratamiento con extracciones de primeros molares, para su opinión en el caso de este paciente. Los comentarios del Dr. Williams fueron los siguientes:

Colegas japoneses, ustedes no tienen problema de ningún tipo con su paciente M.K. de 32 años de edad. Lo que existe en la región del primer molar superior es muy común en la mayoría de los adultos. Conforme las personas maduran y crecen, el seno maxilar gradualmente se alarga. Usualmente se extiende por sí mismo hacia abajo entre las raíces bucales y palatinas del primer molar, especialmente en alguien que tiene 32 años de edad.

En una radiografía, esta extensión del seno hacia abajo, entre las raíces, puede ser malinterpretada por la idea errónea de que la raíz lingual del primer molar superior se proyecta hacia arriba dentro del seno. Todo está bien para su paciente, y deberían proceder inmediatamente con su tratamiento, usando fuerzas fisiológicas normales como las usadas en la Técnica de Arco Recto Diferencial utilizando brackets de Tip-Edge.

Retrasar el tratamiento podría ser un gran error. Un retraso daría tiempo a una resorción inusual en el proceso alveolar, algo que no deben dejar que suceda. Por esta razón, como regla general, el tratamiento ortodóntico debe empezar después de las extracciones tan pronto como sea posible. Esto es especialmente importante en casos de extracciones de primeros molares.

De la información que se me dio, más los trazos cefalométricos, este caso ha sido muy bien diagnosticado y escogieron el sitio de extracciones correcto. El caso se debe tratar hermosamente.

*Dr. Raleigh Williams
Tucson, Arizona*

Después de recibir los comentarios del Dr. Williams, el tratamiento se inició inmediatamente con brackets de arco recto en los incisivos centrales y laterales y brackets de Tip-Edge en los premolares y caninos. Los arcos iniciales en el maxilar y la mandíbula fueron de nickel-titanio de .016", Figura 3.

El tratamiento se terminó con arcos rectangulares de tamaño máximo. Se usaron resortes Side-Winder en aquellos dientes que requerían

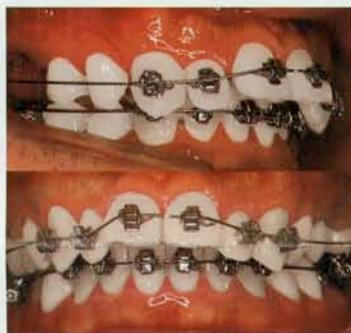


Figura 3. Cita de colocación de aparatología. Arcos iniciales de nickel-titanio .016" fueron colocados en ambas arcadas.

enderezamiento mesiodistal y torsión labio/palatal o lingual, Figura 4.

Después de 2 años y 4 meses de tratamiento se quitó la aparatología y se entregaron los retenedores. La relación molar Clase II junto con las sobremordidas vertical y hori-



Figura 4. Cerca del final del tratamiento con arcos rectangulares de tamaño máximo (.0215" x .028") engarzados en ambas arcadas.

zontal del paciente se corrigieron exitosamente y los terceros molares superiores se llevaron a oclusión con los de la arcada inferior. El resultado del tratamiento que se logró para este paciente es virtualmente indistinguible del que se hubiera logrado usando un plan de tratamiento de no extracciones, Figura 5.

El perfil del paciente mejoró significativamente con menor protrusión del labio superior, Figura 6.



Figura 5. Aparatos quitados.

La sobreimposición de trazos del comienzo y terminado en el cefalograma lateral revela solamente el cambio cefalométrico mayor que ha sido la retracción de los incisivos superiores, Figura 7.

La radiografía panorámica después del tratamiento muestra que la aparente proximidad de los senos maxilares con los ápices de las raíces no tuvo efecto sobre la capacidad de mover dientes hacia los sitios de extracción, Figura 8.

Los problemas que el cirujano previno que podían existir fueron



Figura 6. Perfil facial en A) Principio y B) Final del tratamiento.

Continúa en la pág. 3

P's y R's

P. Durante la fase tres he notado que los caninos se enderezan despacio. He colocado en su lugar (los antiguos) resortes de enderezamiento .016" y veo que son más rápidos. ¿Es este un procedimiento recomendable?

Wyncote, PENNSYLVANIA

R. El que use resortes de enderezamiento .016" en caninos bien puede ser válido. Hace unos años los resortes de enderezamiento eran hechos de alambre .012" a .018". Los resortes de .012" se usaban en incisivos laterales inferiores y los resortes de .018" en los caninos superiores. A pesar de tener ésto una razón fisiológica resultaba complicado tener un control de inventario, al igual que usar tanta variedad de resortes. A nosotros no nos parece que tengamos que esperar a enderezar los caninos en casos de extracciones, de hecho es la torsión de los incisivos superiores la que determina el final de la terapia con aparatología fija. Tal vez usted esté inclinando los caninos excesivamente debido a un potencial de anclaje inherente a la aparatología de Tip-Edge. Las extracciones localizadas más o menos distalmente pueden estar bien.

P. Siempre uso arcos .016" preformados y recientemente he oído que ahora están haciendo nuevos alambres originales de TP en lugar de porciones de alambre australiano. Exactamente ¿Cuál es la diferencia entre estos arcos y cuál es el beneficio que puedo tener con los nuevos alambres preformados?

Sedona, ARIZONA

R. Los nuevos arcos preformados hechos de alambre de acero inoxidable premium "Original de TP" son más rígidos que los que están hechos de alambre Wilcock. Esto se debe a la secuencia en que se forman y calientan cuando se tratan los alambres. Con el alambre Wilcock, el alambre se calienta primero, enderezándolo luego para quitarle el efecto de "sacacorchos" y después es doblado hacia la forma del arco deseada. El enderezado del alambre lo debilita un poco (hasta un 20 por ciento) haciéndolo menos rígido. Sin embargo, tal enderezamiento intermedio no se requiere para los nuevos alambres "originales" de TP. Por consiguiente, se asegura una máxima rigidez con los nuevos arcos preformados. Este aumento de rigidez facilita la corrección de sobremordidas anteriores profundas, maximizando las fuerzas intrusivas producidas por los dobles de apertura de mordida.

ARTÍCULO DE PORTADA

La involucración del seno. . . Cont. de la Pág. 2

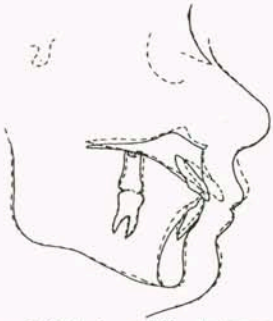


Figura 7. Sobreimposición de trazos.

debido a la dificultad de intentar interpretar relaciones tridimensionales usando un medio bidimensional. El esperar 6 o más meses

después de las extracciones como el cirujano recomendó pudo haber hecho más difícil, si no es que imposible, cerrar completamente los sitios de extracción de este paciente. El tratamiento ortodóncico en adultos debe iniciarse siempre tan pronto como sea posible una vez que las extracciones se hayan hecho.

Bibliografía

¹Williams RT. Single arch extraction—upper first molars or what to do when nonextraction fails. *Am J Orthod* 1979;76:376-93.

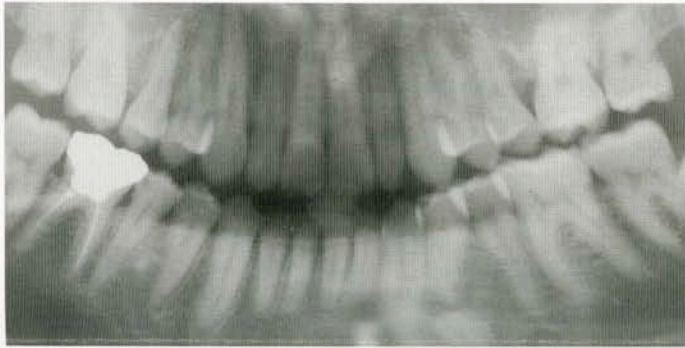


Figura 8. Radiografía panorámica después del tratamiento.

CASO CLINICO

Por: Dr. Messias Rodrigues
Piracicaba, Brazil

El paciente, que se vio por primera vez a los 9 años de edad, presentaba una maloclusión Clase II, División I. Estaba complicado por una mordida cruzada derecha unilateral y una mordida abierta anterior, causada en parte por un inclinación del ángulo del plano mandibular y un persistente habito de succión de dedo. El apiñamiento en la arcada inferior era mínimo y los incisivos inferiores estaban sobre la línea A-Po. Se planeó un tratamiento sin extracciones. Primeramente se planeó hacer expansión maxilar rápida para corregir la mordida cruzada.



La expansión maxilar rápida se completó con un tornillo de expansión fijo tipo jack con extensiones linguales de acrílico sobre el paladar. Después de dos semanas de activación el aparato se dejó por seis meses para conseguir que se formara hueso nuevo en la sutura palatina.



La Clase II se corrigió usando arcos de acero inoxidable .016" y elásticos Clase II ligeros, luego un alambre coaxial superior niveló los premolares recientemente erupcionados mientras que un arco .0215" x .028" estabilizó los dientes inferiores.



Después de la torsión y enderezamiento con resortes Side-Winder sobre los arcos .0215" x .028", se colocaron arcos rectangulares trenzados con Power Pins y elásticos en caja para "asentar" la oclusión.



Dedut de los Side-Winder invisibles

Después de dos años de pruebas clínicas, los nuevos resortes invisibles Side-Winder finalmente se encaminan hacia los consultorios ortodóncicos alrededor del mundo. Se ha reemplazado el gancho en el final del brazo de los resortes originales por dos dobleces de 90 grados, Figura 1.



Figura 1. El gancho para el engarce sobre el arco es reemplazado por dos dobleces de 90 grados. El resorte está hecho con alambre .014".

El resultado es que el brazo descansa paralelamente cerca del arco cuando se engancha. Además, debido a que no es necesario flexionar el brazo más allá para enganchar los dobleces hacia fuera, como con el gancho, el resorte puede dar el 100 por ciento de activación, Figura 2.

Disponibles sólo con extremos cortos, los resortes Side-Winder invisibles son colocados antes de las ligaduras elásticas. Esto simplifica su colocación y permite a la ligadura ayudar a retener ambos, el resorte y el arco, Figura 3, y tam-

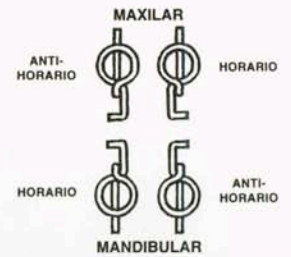


Figura 2. Brazos de los resortes y piemas que se insertan en las ranuras verticales de los brackets están paralelos para más activación, resultando en valores de fuerza de enderezamiento más altos.

bién hace posible el cambiar las ligaduras elásticas sin quitar y volver a colocar los resortes de enderezamiento.

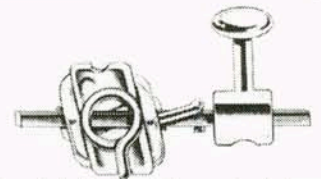
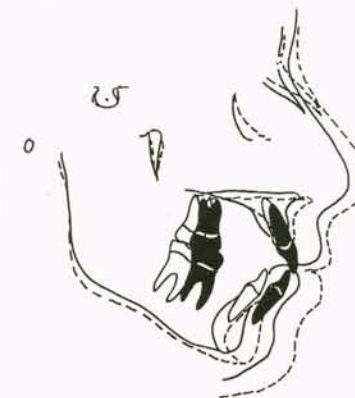


Figura 3. La ligadura elástica es colocada después del resorte. Asegúrese que el anillo no quede por encima del final del brazo, el ensamble debe verse como se muestra arriba.

Información para orden de Side-Winders Invisibles

	Paquetes 10	Orientados 50
Antihorario	214-011	214-009
Horario	214-012	214-010



C.G. Femenino, 9 años, 11 meses
Sin extracciones
Expansión maxilar rápida 6 months
Arcos Usados 7 (4 Sup., 3 Inf.)
Ajustes 18, tiempo: 26 meses
Retención Retenedor superior
Inferior 3-a-3

Cambios Cefalométricos

	Inicio-Continuo	Final-Punteado
1 A-Po	+0 mm	+2 mm
Wits	+4 mm	+2 mm
SN-MP	40.0°	36.0°
SNA	80.0°	83.0°
SNB	70.0°	75.0°
ANB	10.0°	8.0°
1-SN	98.0°	98.0°

Taller de Tip-Edge en Nueva Delhi, India

En diciembre de 1997 se llevó a cabo un taller de Tip-Edge de dos días, patrocinado por la Sociedad de Ortodoncia de la India. El programa se celebró en el Centro Internacional de Convenciones y fue dirigido por los Dres. Vinod y Asha Verma.



Participantes del taller de Tip-Edge de dos días. La mujer al centro es la Dra. Asha Verma (Directora de la Sociedad de Ortodoncia de la India). A su derecha están el profesor Pradip Jayna y el Dr. Vinod Verma.

Curso Avanzado de Tip-Edge en Madrid, España

El 6 y 7 de Marzo un curso avanzado de Tip-Edge se celebró en Madrid. Hubo diecinueve participantes y el curso fue dado por el Dr. Arturo Vela.

El Dr. Vela esta actualmente enseñando la Técnica de Arco Recto Diferencial a los estudiantes de Postgrado en la Universidad de Barcelona. En Octubre estará dando un curso básico de Tip-Edge en la Universidad del Sur de Mississippi en Madrid. Mas de cuarenta participantes se han enlistado para esa fecha.



Dr. Vela apunta hacia la presentación de los resortes Side-Winder invisibles durante el curso avanzado en Madrid.

Querido Editor:

Envío un fax para agradecerle la "pequeña probadita" del nuevo alambre de TP "Original Premium Plus .016". Se aprecia subjetivamente sus cualidades de tensión, parece al menos, comparable con la calidad del alambre equivalente Wilcock Special Plus, y también se asienta bien en la boca.

Por sus características de manipulación, el nuevo alambre se siente diferente, sin embargo me gustan los cambios, en particular la superficie lisa y también el hecho que sale del dispensador de manera recta.

Sé que un numero de ortodoncistas doblen el arco directamente del carrete, utilizando el torcimiento así como la precurvatura, sin em-



bargo, encuentro al nuevo alambre de TP fácil de manejar sin esta curvatura, ya que siempre es un poco difícil enderezar y nivelar la "parte posterior" del arco con la curvatura del carrete. Además, ocasionalmente un carrete de Special Plus se desenredara como un sacacorchos, sumando una no deseable tercera dimensión para nivelarlo.

A propósito, también espero que el nuevo alambre mejore el desempeño de los arcos preformados, ya que al usarlos pierden una cantidad significativa de resiliencia cuando es pulido, lo cual presumiblemente ya no será necesario con el nuevo alambre.

Dr. Richard C. Parkhouse

Traducción elaborada por el Dr. Antonio Valle S. (México).

Fax (945) 13 62 10
Tel. (945) 23 13 14

Y Pedidos
Para suscripciones

Spain
01005 Vitoria
General Alava 19-1
ORTOLAN S.A.

Fax (5) 662-9833
Tel. (5) 662-5667

Y Pedidos
Para suscripciones

01020 México, D.F.
Col. Guadalupe Inn
Av. Insurgentes Sur 1809-8° Piso
TP Orthodontics Mexico, S.A. de C.V.