



errores que destruirán tu planificación con alineadores... y cómo no cometerlos

Dr. Enrique Lozano
Dr. Rita Dias

Dr. Orestis Koutras
Dr. Greg Tortora



**Dr. Enrique
Lozano**



**Dra. Rita
Dias Lopes**



**Dr. Orestis
Koutras**



**Dr. Greg
Tortora**



Cuando nos planteamos escribir este texto, pensamos: quizás sean cosas demasiado sencillas.

Pero, al comentarlo con algunos alumnos del método SAS nos dijeron: para nada, son cosas que nos repetís una y otra vez.

Aquí no hay grandes consejos de biomecánica. No hay protocolos.

Solo hay pequeñas cosas que, si interiorizas y revisas antes de empezar a planificar cada caso harán que tus tratamientos sean grandes.

Introdúcelas en tu “listado de cosas que hacer antes de revisar mi planificación”. Y verás como, poco a poco, eres más consciente de que los resultados de los congresos tienen tanto que ver con una planificación increíble como con prestar atención a los pequeños detalles.

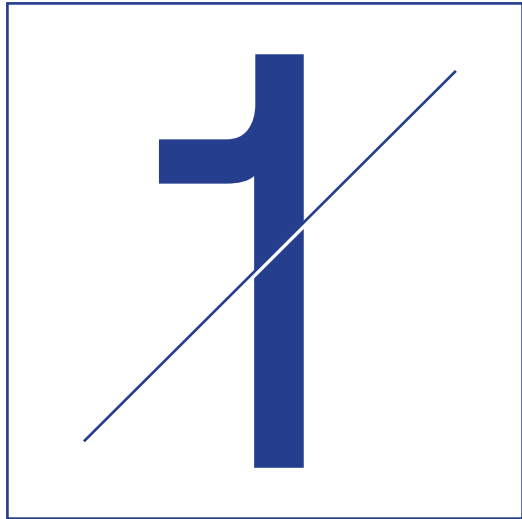
Te agradecemos tu confianza y esperamos que disfrutes tanto leyendo estas líneas como nosotros preparando los casos para que puedas ponerlos en práctica desde ya en todos tus casos de alineadores transparentes.

Índice

Error 01	Montaje del caso	Pág 06
Error 02	Sonrisa y extraorales, plano oclusal	Pág 08
Error 03	CBCT: colisiones y fenestraciones	Pág 12
Error 04	Ataches y activaciones	Pág 14
Error 05	Superposición y movimientos sinérgicos	Pág 17
Error 06	Posición final	Pág 19
Error 07	Comentarios del técnico e impresiones	Pág 22

Error

Montaje del Caso



Tradicionalmente el montaje del set-up inicial se realiza con fotografías: aunque hace unos años se enviaban registros de mordida en silicona, la tecnología y los técnicos lo hacen en base a las imágenes, algo más sencillas de interpretar que los puntos de oclusión (incluso para el software, dada la imposibilidad de definir la fuerza de cada contacto a base de los restos del papel de articular).

Hoy en día se utiliza también el escaneado intraoral para esto, algo que podría mejorar esta parte inicial del tratamiento, aunque no siempre sea así.

Y es que, ya sea con impresiones o con escaneado intraoral, el error en el montaje existe, y puede resultar un problema para nuestro tratamiento. ❶

Vistas laterales izquierda y derecha de un caso montado incorrectamente con el sistema SPARK de ortodoncia invisible.

En este caso podemos apreciar en las vistas laterales como el montaje se ha realizado con más clase II y mordida abierta que en las fotografías. Conviene por tanto explorar al paciente para distinguir cuál de los dos es el correcto.

¿Qué ocurre si no nos damos cuenta?

Que distalizaremos el maxilar superior más de lo previsto para resolver el problema sagital, o mesializaremos el inferior sin necesidad de hacerlo, ya que la relación transversal es de clase I.

Esto supone un tratamiento más largo en número de alineadores pero, sobre todo, un plan de tratamiento que nos llevaría a un lu-



gar no deseado, como podría ser una relación sagital de clase III o a una posición final con una sobremordida acentuada por una mayor extrusión anterior o intrusión posterior.

Solución

Si es la fotografía (o el escaneado intraoral), debemos pedirle al equipo CAD Designer que vuelvan a montar el caso, dándole instrucciones por escrito:

“Por favor, monte nuevamente el caso, tomando como referencia las fotografías laterales, teniendo en cuenta que la relación sagital del set-up debe coincidir con las mismas”.

Consejo extra

Si es la fotografía, asegúrate de cambiar la inclinación de las tuyas a futuro: deben realizarse en un ángulo de 90 grados, aunque no

se vea el segundo molar (las de odontología restauradora son oblicuas).

Si es por el escaneado, revisa la técnica y evítalo en el futuro: o bien da las instrucciones a la persona de tu equipo responsable de hacerlo para que no siga ocurriendo y optimizar tu flujo de trabajo en la clínica.

“Por favor, monte nuevamente el caso, tomando como referencia las fotografías laterales.

¿Cómo revisarlo de manera sencilla?

Presta atención a los siguientes indicadores y compáralos entre el montaje y las fotografías/escaneado intraoral:

- Relación sagital y engranaje
- Línea media dental superior e inferior
- Resaltes caninos (dan muchas pistas)

Error

Análisis intra/extraoral



Antes de empezar la planificación debemos prestar una atención cuidadosa a la sonrisa de nuestro paciente.

Esto es, si cabe, más importante que en ortodoncia fija, donde constantemente realizamos ajustes y recementados teniendo al paciente frente a nosotros.

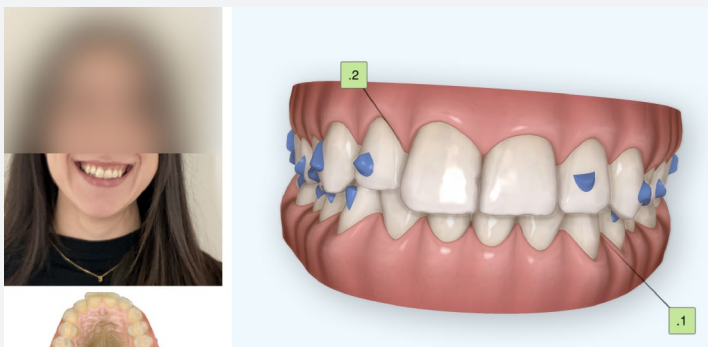
Frente a esto, en las planificaciones digitales con alineadores esta relación con los tejidos blandos y la boca no es tan clara o tan frecuente después de un primer contacto... así que es imprescindible para asegurar que el plano oclusal esté correctamente orientado, algo imprescindible en casos de asimetrías esqueléticas que debemos compensar. ❶

También es importante en el caso de la exposición incisiva: si está limitada o si el caso presenta sonrisa gingival, debemos valorarlo inicialmente para determinar si hay que

intruir/extruir algún segmento de la dentición de manera que guarde una relación armónica con los labios de nuestro paciente. ❷

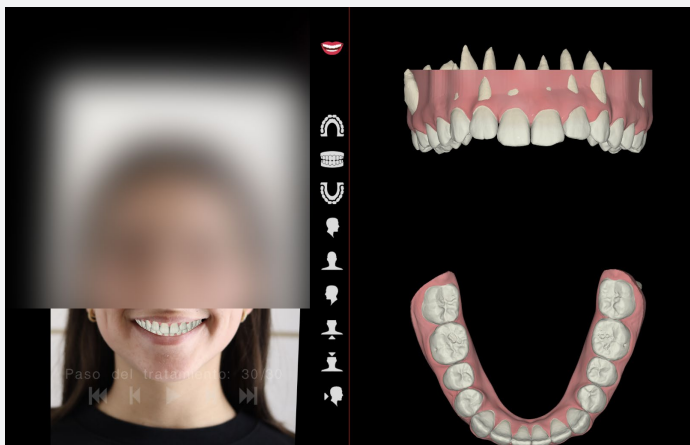
En este sentido la tecnología ha mejorado considerablemente y hoy en día podemos incluso valorar de manera estimativa los cambios a nivel de perfil en tejidos blandos, gracias a escáneres faciales integrados con nuestros tratamientos con alineadores, algo recomendable en tratamientos combinados con cirugía ortognática, avance mandibular o disyunción maxilar. ❸

1



Vista frontal de un caso con asimetría vertical con el sistema Invisalign de ortodoncia invisible

2



Vista frontal de un caso con exposición incisiva idónea con el sistema SECRET de ortodoncia invisible

3



Perfil en escáner 3D facial de un caso con cirugía bimaxilar de avance con el sistema Invisalign de ortodoncia invisible

¿Qué ocurre si no nos damos cuenta?

Que realizaremos una mecánica errónea en el caso de asimetrías esqueléticas, y que en muchos casos el resultado de nuestro tratamiento tendrá grave compromiso estético, lo que supondrá nuevos alineadores y más complejidad para su resolución.

Solución

Si tu sistema de alineadores dispone de controles para el plano oclusal (en los tres planos del espacio) puedes ajustarlo manualmente conforme a las fotografías.

Si no, debes pedirle al equipo CAD Designer que vuelvan a montar el caso, dándole instrucciones por escrito:

“Por favor, monte nuevamente el caso, tomando como referencia las fotografías laterales,

teniendo en cuenta que el plano oclusal se encuentra desviado a nivel sagital/vertical en X grados (sustituir el subrayado por lo que proceda)”

3



Paciente mordiendo un eyector de saliva en sonrisa para valorar posibles asimetrías faciales, una foto complementaria el resto de las extraorales

Consejo extra

Haz buenas fotos para poder valorarlo correctamente.

¿Cómo revisarlo de manera sencilla?

Haz una foto a tu paciente mordiendo un eyector de saliva y sonriendo: te dará una buena referencia de la inclinación del plano oclusal de manera sencilla. 4

Error

CBCT: colisiones y fenestraciones



Los Brackets son un sistema “abierto”, incluso cuando “cinchamos”, al alinearse los dientes, el arco gana longitud y los dientes se mueven.

Por el contrario, los alineadores son un sistema cerrado: si falta espacio, los dientes no se mueven porque la fricción aumenta.

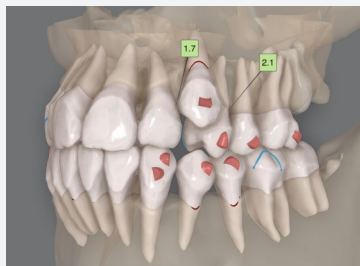
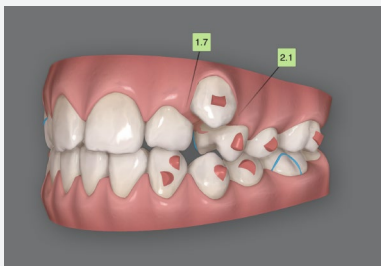
Es por eso que es importante revisar las colisiones... y el CBCT nos ayuda muchísimo a conseguirlo, dado que nos muestra interferencias y contactos entre las raíces que dificultarían el movimiento de las coronas, donde aplica la fuerza el alineador. ❶

Además de esto el diagnóstico con registros radiológicos en 3 dimensiones debe permitirnos ofrecer un bone housing adecuado a las piezas dentales del paciente, mejorando su posición final tomando como referencia las bases óseas.

Esto es algo que debemos manejar con cuidado: el hecho de que en posición final haya un defecto óseo no “obliga” a “meter la raíz dentro del hueso” si:

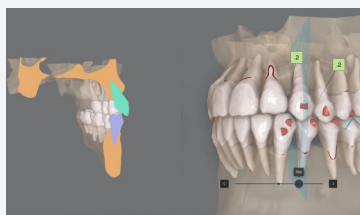
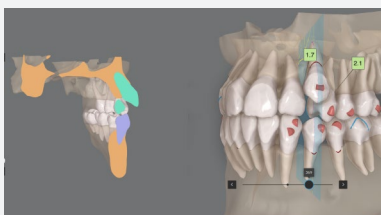
- Es leve, puesto que el archivo DICOM no registra espesores óseos inferiores a 1mm y en algunos casos nuestro programa de alineadores no mostrará correctamente la cortical, aunque exista.
- No es predecible porque implica un gran movimiento apical, algo habitual en muchos casos con discrepancia esquelética que decidimos compensar dentoalveolarmente... en esas situaciones, debemos asumir el compromiso periodontal e intentar compensarlo con un movimiento que no se expresará y además introducirá distorsiones en la evolución del tratamiento por falta de contacto entre el alineador y el diente. ❷

1



A la izquierda, planificación digital sin CBCT, que nos dice que hay "espacio" entre 22 y 23... a la derecha, la realidad clínica: no lo hay, porque la corona del 23 contacta con la raíz del 22, que no se ve intraoralmente, para lo que es precisa un registro en 3D

2



A la izquierda, situación inicial con herramienta plano del sistema Invisalign con el caso anterior, y a la derecha situación final después de asegurar el bone housing del 23... y observando una fenestración ósea virtual que no debería expresarse realmente

¿Qué ocurre si no nos damos cuenta?

Si hay colisiones a nivel radicular y no las detectamos... tenemos riesgo de reabsorción radicular y, por descontado, los dientes no se moverán adecuadamente.

Solución

Utiliza un sistema de alineadores con CBCT integrado. Puede que el tuyo no tenga y sea algo más económico... pero lo "pagarás" con tratamientos más largos o más efectos iatrogénicos.

Consejo extra

Si hay alguna fenestración, no tengas "miedo". Revisa el CBCT fuera de tu software de alineadores y valora si, simplemente, el espesor del hueso es fino.

Recuerda además que las fenestraciones intratramiento por vestibular no suponen un problema siempre que el diente en su posición final esté dentro del hueso, ya que la cortical vestibular tiene un alto potencial de regeneración.

¿Cómo revisarlo de manera sencilla?

Pregunta a tu responsable comercial o responsable de equipo clínico del sistema de alineadores que emplee cómo muestra el software las colisiones radicales (suelen emplear colores llamativos) y asegúrate de revisarlo siempre que incluyas el CBCT en tu planificación.

Error

Ataches y activaciones



Los ataches son una parte importante del tratamiento de ortodoncia, claro que sí.

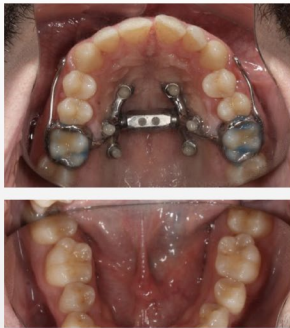
Pero el tiempo que debemos dedicarles tendría que ser el mínimo posible: por eso algunos sistemas que los tienen optimizados y los colocan en función del movimiento del diente, nos ahorran mucho tiempo.

En cualquier caso, hay algún aspecto que debemos revisar, al margen de su bisel, su ubicación, el movimiento del diente, si son para anclaje... fundamentalmente, están ubicados en coronas metálicas o cerámicas. ①

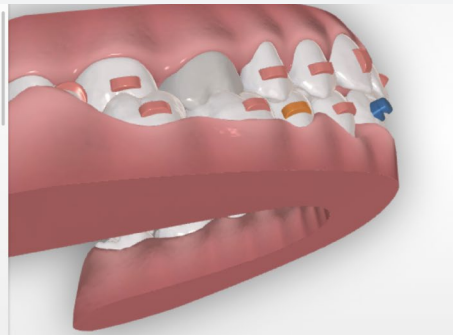
¿Qué ocurre si no nos damos cuenta?

Que se descementarán los ataches.
Y tendremos que ponerlos muchas veces.
Y los movimientos no se expresarán bien.

1



Ganchos de tracción palatinos del sistema SMARTEE para complementar a la tracción con máscara que el paciente no utilizaba... y que soporta perfectamente fuerzas de tracción ortopédica que no admitirían botones adheridos (y que, por otro lado, no podrían colocarse en la banda sinterizada)



El mismo gancho ubicado en la cara vestibular del canino inferior, que facilita la tracción con un vector idóneo ya que su inclinación es ajustable según las necesidades, algo muy útil en alineadores

Solución

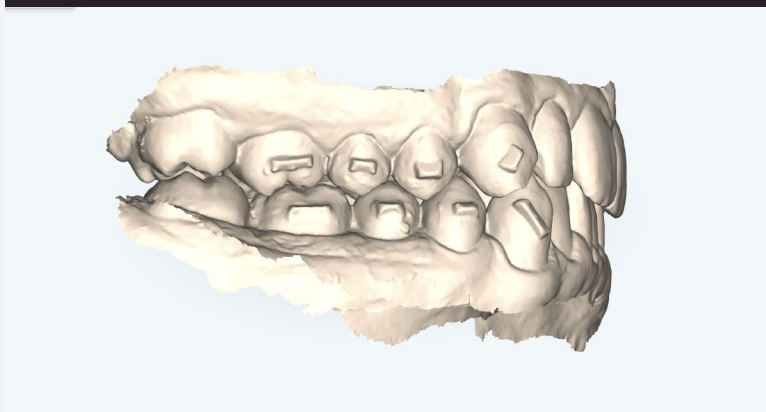
Si es imprescindible adherir a metal o cerámica, o has colocado un atache o botón y ahora es necesario para la mecánica del caso, utiliza el protocolo habitual de adhesión a superficies que no sean esmalte dental:

- Ácido fluorhídrico 3 minutos
- Silanización
- Adhesivo Assure + de Reliance (el mejor para estas superficies, indiscutiblemente)

Además, utilizar ataches preformados, también mejora los parámetros de adhesión, manteniendo el flujo de trabajo indicado anteriormente de grabado y silanización.

Esos ataches se colocan mediante una plantilla y reducen la cantidad de errores acumulados en un proceso tradicionalmente manual que el fabricante Solventum de sistema Clarity ha mejorado notablemente. ②

2



Los Precision Grip Attachments del sistema Clarity de alineadores de Solventum ofrecen mejor cementado y una precisión increíble ya que evitan la tradicional distorsión de la plantilla y el exceso de material una vez colocados

Consejo extra

Estos botones o ganchos de tracción no sustituyen a los botones adheridos en los siguientes casos:

- Compromiso de torque anterior, ante el cual estos botones integrados o ganchos actúan como un hook, comprometiéndolo (en esos casos, seguimos usando botones adheridos).

- Necesidad de rotación o extrusión severa de dientes (en esos casos, también botón adherido) con elásticos intra o intermaxilares.

¿Cómo revisarlo de manera sencilla?

Ponlo en tu checklist: al igual que los implantes no se mueven, en coronas metálicas o cerámicas no deberías adherir ataches: recurre a sistemas que ofrezcan aditamentos adheridos al alineador.

Error

Superposición y movimientos sinérgicos



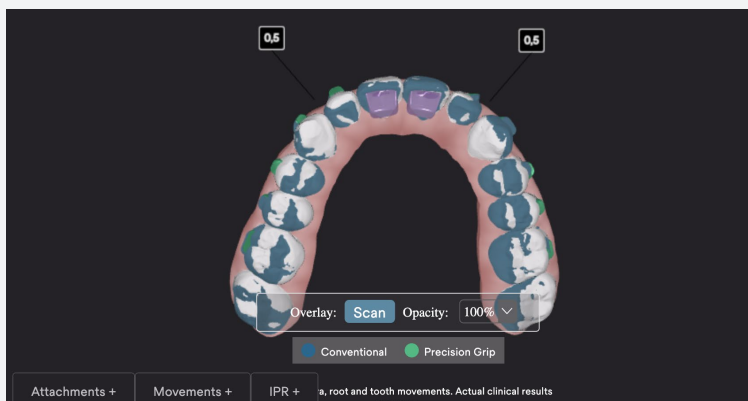
La herramienta superposición habitualmente se utiliza para valorar la cantidad de movimiento total al finalizar el tratamiento en cualquiera de los planos del espacio... pero es importante darle más usos para valorar los movimientos sinérgicos.

El ejemplo del collar de perlas es el más sencillo: si expandimos segmentos posteriores, perdemos resalte y retruimos sector anterior. Por tanto, no programamos simultáneamente expansión posterior y corrección anterior del torque.

En este sentido, debemos hacer una evaluación dinámica de esa superposición, no solo inicio/fin, sino valorar que la secuencia sea siempre sinérgica.

Sabemos que es un concepto complejo... pero es imprescindible hacerlo, y la herramienta ayuda mucho en estos casos. ❶

1



En la superposición vemos proinclinación anterior y distal in de segundos molares: es importante asegurar que esto se produce al mismo tiempo en la secuencia, para lo que la mayoría de fabricantes ofrecen una superposición que permite hacerlo en dinámico a lo largo de todo el tratamiento

¿Qué ocurre si no nos damos cuenta?

Que los movimientos no se expresarán correctamente.

Y este es uno de los principales problemas en tus planificaciones: dedícale menos tiempo a los attaches y más a la secuencia en la que se mueven las piezas... los sistemas de fuerzas son lo más importante.

Solución

Apúntate al método SAS: este concepto no se puede explicar en solo unas líneas, exige cientos de casos revisados con nuestros mentores para poder disfrutar de una visión clara de los movimientos sinérgicos y antagónicos en tres planos del espacio.

Consejo extra

Secuencia los movimientos: es mejor una planificación con 70 alineadores que se cumple íntegramente que una de 35 que terminas y no ha servido para nada.

No siempre menos es más: a veces más (alineaadores) es menos (tiempo de tratamiento).

¿Cómo revisarlo de manera sencilla?

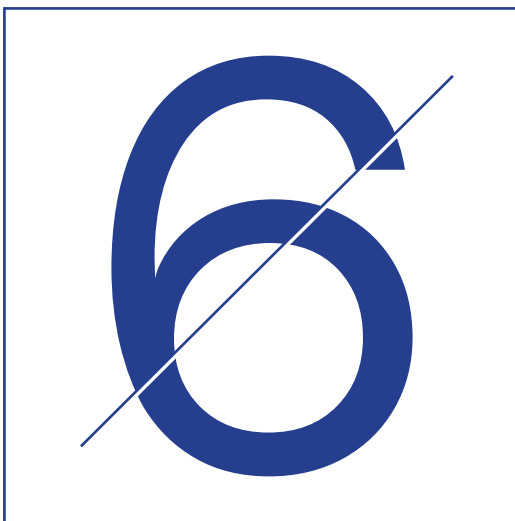
Como te decíamos antes, esto es algo que exige mucho tiempo y dedicación.

Revisa tus casos antiguos. Cuando hagas un refinamiento, revisa qué movimientos no se expresaron. Y busca qué piensas que pudo producirlo.

En tu próxima formación no preguntes: ¿qué elásticos usas? Pregunta: ¿qué secuencia empleaste ahí? Anótala. Y haz una lista de 100. Verás como así aprendes.

Error

Posición final



La posición final tiene, como los ataches, innumerables implicaciones.

Muchas, que exigen, como la secuencia, miles de horas de aprendizaje.

Decidir cuándo hay que sobre corregir. Cuando un movimiento poco predecible exige un seccional. Qué salto virtual podemos esperar en un adulto o en un niño.

Las posibilidades son casi infinitas pero, como casi todo en este texto que escribimos para ti, tiene una parte muy sencilla que suele pasar desapercibida. Y, sin ella, incluso la mejor planificación dinámica puede fracasar.

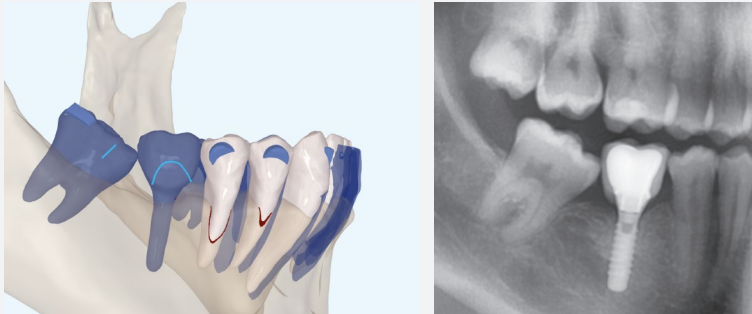
Fíjate en el ejemplo de abajo: ya sabes que el implante en posición de 46 tienes que marcarlo como inamovible. Eso está bien hecho: no hay cambio en posición final.

Pero... ¿qué pasa con el 45? Ese diente el sistema lo ha enderezado a nivel radicular: 3 mm

de movimiento del ápice a distal. Está claro que es un paralelismo radicular impecable (quedaría estupendo en la ortopantomografía final)... pero un alineador no puede hacer ese movimiento.

Así que puedes decidir: o le pones un seccional a 46 (ojo a cementar ahí el bracket) y 44... o dejas el ápice inamovible. **1**

1



Izquierda: integración del CBCT en sistema Invisalign. Derecha: radiografía panorámica del mismo caso.

Por descontado, en el ejemplo anterior, tu sistema de alienadores podría tender fácilmente a mover la pieza 48: pero es imposible sin utilizar también un seccional. El ápice no se puede mover a mesial con el alineador. Y la corona, si te fijas en la panorámica, tampoco se puede mover a distal porque ya hay tejido blando, así que esa también debes marcarla como inamovible... o generará distorsiones en la mecánica de tu tratamiento.

¿Qué ocurre si no nos damos cuenta?

Que los movimientos no se expresarán correctamente.

No solo los de ese diente: también los de los adyacentes, cuando haya pequeños desajustes en esa pieza a nivel coronal.

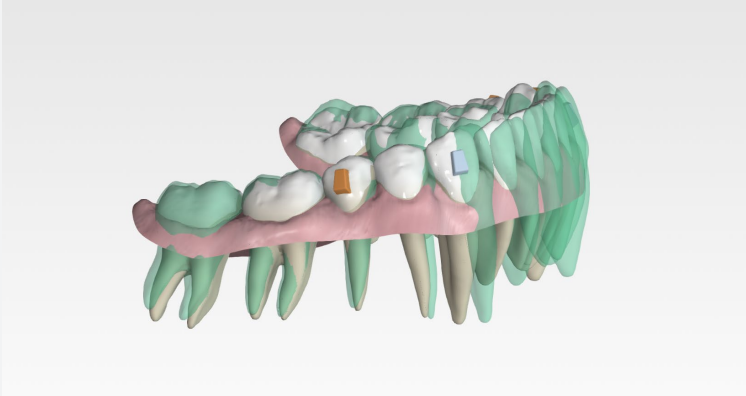
Solución

Utiliza CBCT en casos de adultos.

Utiliza raíces simuladas en casos de niños. Aunque no sean 100% precisas facilitan mucho la visualización del movimiento apical.

Y una vez hecho eso eliminas en la tabla de movimientos las traslaciones del ápice en cualquier plano del espacio: si quieres más de lo que te ofrece el alineador, quizás debas plantear secuencia con fija en esa pieza.

2



El sistema Spark de ORMCO plantea raíces simuladas que, sin ser totalmente realistas, sí facilitan la visualización de movimientos de tipo coronal/radicular sin necesidad de irradiar al paciente con un CBCT que no sea imprescindible para el diagnóstico o tratamiento del caso

Consejo extra

Planifica siempre movimientos coroneles: es lo que hace bien el alineador.

Para todo lo demás, utiliza seccionales y aditamentos fijos.

¿Cómo revisarlo de manera sencilla?

Aplica la superposición final y mira variaciones grandes de ápices. Elimínalas. 2

Error

Comentarios del técnico e impresiones



Cuando nuestras madres nos decían cosas de pequeños, después de la vez número 100, casi ni las oíamos.

De hecho, sigue pasándonos a veces ;-)

El caso es que con los comentarios del equipo CAD designer, que muchas veces parten de una plantilla, en ocasiones nos ocurre lo mismo: los pasamos por alto.

Peeeero, tenemos que revisarlos. Es importante. Y en pacientes infantiles, importantísimo.

Sobre todo, el primero de ellos, que se refiere a las impresiones. Veamos un caso de un tratamiento. ❶

Como puedes ver, el técnico ha hecho un trabajo impecable. Aún así, nos avisa en sus comentarios de que puede suponer un

problema de ajuste... en este caso no nos preocupamos de escanearlo nuevamente, porque básicamente es la corona clínica que hay, no es que la impresión/escaneado o el detallado sean incorrectos. ❷

Y aunque en este caso el técnico nos haya avisado, y no nos tengamos que preocupar... en ese mismo caso, hay otra situación que sí es "importante". fíjate, a continuación, en los caninos superiores: ❸

En este caso el técnico en la posición del 13 ha detallado correctamente la cara palatina... en el caso del 23, no: de hecho verás en el set up que hay un espacio entre ese y el 24... algo que depende de la segmentación de nuestro sistema de alineadores.

1



Izquierda: fotografía de una arcada en la que se aprecia un segundo molar sin terminar de erupcionar, que se refleja adecuadamente en el iOrtho del sistema Angel Aligner (derecha).

2

The treatment plan is ready for review and approval.

- This design added an occlusal block after the expansion of the lower posterior in stage 31.
- This design only includes 0.5 IPR on the mesial of the lower 75.
- Please confirm if the treatment plan is suitable. Thank you very much.
- This design uses A6, curve turbo has not been added yet, please note, thank you.
- Because of the insufficient height of the <37> clinical crown, it cannot be covered by the aligner, so there are no movements designed in this plan.
- Step 17 From this step, Button Cutout were designed on labial side of <13>,<23>AngelButton were designed on buccal side of <36>,<46>Please do Class II Elastics as necessary.
- Bite Jump in this design is a virtual simulation of the occlusal change, the clinical result may vary due to individual difference.

▲ Case records with defects are used to design the setup. Though defects have been repaired, please be aware of the potential risks that the treatment plan accuracy and aligner fitting may be compromised. You are suggested to upload a new case records.
Check the risk report >

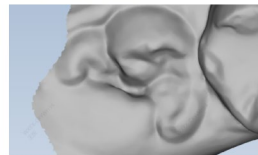
Reminder on Defect Repair Risks

Dear Dr,

According to the quality inspection, the case record received on has the defects as follows. Please note that the defects have been repaired.
Case records with defects are used to design the setup. Though defects have been repaired, please be aware of the potential risks that the treatment plan accuracy and aligner fitting may be compromised. You are suggested to upload a new case records.

Case Record

Lower tooth <37> are not fully scanned.



If the existing dental model and treatment plan are to be used, the following risks may occur:

1. Non-tracking of aligners;
2. The treatment outcome can't be guaranteed;
3. New dental models may be needed for refinement;
4. The treatment cycle may be lengthened.

Izquierda: comentarios del técnico (en inglés). Derecha: nos señalan el ligero defecto para que lo valoremos, algo importante si se trata de impresiones físicas de silicona (ya que no podemos revisar lo que está en manos del fabricante de nuestros alineadores).

3



Izquierda: imagen de una arcada superior de una niña; presta atención a los caninos, no totalmente erupcionados. Derecha: el iOrtho, con la segmentación del equipo CAD designer del sistema Angel Aligner.

¿Qué ocurre si no nos damos cuenta?

Que los movimientos no se expresarán correctamente porque el alineador no ajustará bien.

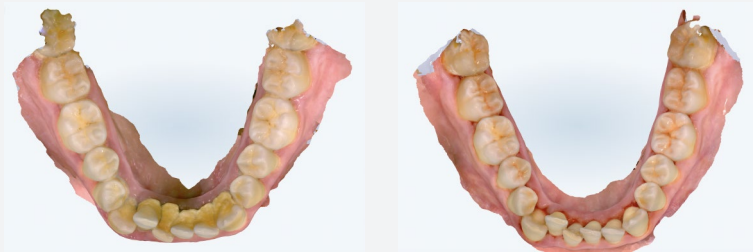
No solo los de ese diente: también los de los adyacentes, cuando haya pequeños desajustes en esa pieza a nivel coronal.

Solución

Si es el escaneado intraoral: repítelo. Esto es algo que en el caso de pacientes adultos nos pasa con mucho cálculo, que no permite que se refleje bien la anatomía del diente y originará errores.

Si es el segmentado del caso (el escáner está bien), debemos pedirle al equipo CAD Designer que vuelvan a segmentar la pieza en cuestión, dándole instrucciones por escrito: "Por favor, segmente nuevamente la pieza DIENTE por vestibular/palatino" (en subrayado, lo que corresponda en cada caso).

4



Izquierda: imagen de una arcada inferior de iTero Lumina de una paciente con cálculo y sin detallar los 8s inferiores: penalizará el resultado del tratamiento. Derecha: después de quitar el cálculo, escaneamos nuevamente registramos bien la cara lingual de incisivos inferiores y los terceros molares inferiores, que nos servirán de anclaje para desarrollar la arcada.

Consejo extra

No tengas miedo a repetir los escaneados: mejora mucho el tratamiento si es que la impresión era deficiente. 4

¿Cómo revisarlo de manera sencilla?

- Mira los comentarios del técnico.
- Mira los dientes.

Entrena a tu equipo: los 8s son importantes porque nos proporcionan mucho anclaje, y las piezas más distales necesitan unos segundos extra más de escaneado para mejorar la calidad de tus tratamientos.

Dr. Enrique Lozano

Dra. Rita Dias Lopes

El doctor Enrique Lozano Meseguer se dedica a la práctica exclusiva de Ortodoncia en la ciudad de Murcia, España.

Es Máster en Ortodoncia por el Instituto IDEO y la Universidad Antonio de Nebrija, además mentor de Smart Aligner Services, donde aborda fundamentalmente casos de problema transversal en adultos con soluciones mínimamente invasiva.

Es además autor de diversos artículos sobre la especialidad, en los que siempre intenta conciliar la práctica clínica con la evidencia científica para ofrecer el mayor grado de excelencia en sus tratamientos.

La Dra. Rita Dias Lopes es Especialista en Ortodoncia por la Orden de Médicos Dentistas. Realizó el Posgrado en Ortodoncia en la Facultad de Medicina Dental de la Universidad de Oporto, donde consolidó una sólida base científica junto con un fuerte componente práctico.

Actualmente se dedica a la práctica clínica exclusiva en Ortodoncia en la ciudad de Oporto, con especial enfoque en tratamientos con alineadores, planificación digital e integración interdisciplinar con rehabilitación oral. Es Speaker y Key Opinion Leader de Angel Aligner, participando activamente en formaciones y congresos.

Es también mentora de Smart Aligner Services, donde orienta a profesionales en la implementación y optimización de tratamientos con alineadores, con foco en biomecánica, planificación digital y rentabilidad clínica. Participa regularmente en formaciones nacionales e internacionales, manteniendo una actualización científica continua y una práctica clínica basada en la evidencia.

Dr. Orestis Koutras

El doctor Orestis Koutras es ortodoncista de práctica exclusiva en Nicosia, Chipre.

Es Especialista en Ortodoncia por la Universidad Alfonso X el Sabio (UAX) de Madrid, donde también fue profesor, y ha ejercido en diversas clínicas de Madrid, consolidando experiencia en casos complejos.

Actualmente dirige su propio centro de Ortodoncia en Nicosia, compagina su labor clínica con la docencia como profesor en el Máster de Ortodoncia de la Universidad Europea de Chipre, y es mentor de Smart Aligner Services, centrando su trabajo en tratamientos con alineadores orientados a resultados predecibles y de alta calidad.

Dr. Greg Tortora

El doctor Gregorio Tortora es ortodoncista y se dedica principalmente a la ortognatodoncia, desarrollando su actividad clínica entre estructuras públicas y privadas en el área de Milán.

Es Licenciado con honores en Odontología y Prótesis Dental y Especialista con honores en Ortognatodoncia por la Universidad de los Estudios de Milán, formación que le ha permitido desarrollar sólidas competencias en la gestión de casos complejos e interdisciplinarios.

Paralelamente a su actividad clínica, desempeña funciones de dirección y coordinación en el ámbito odontológico y es tutor clínico en la Universidad Vita-Salute San Raffaele de Milán, donde participa activamente en la formación de jóvenes profesionales.

Es además cofundador de Identico Med, sociedad de consultoría estratégica y clínica fundada junto al doctor Comola, que apoya a más de 20 clínicas odontológicas privadas en el desarrollo de modelos de ortodoncia modernos, digitales y de alta predictibilidad, con especial atención a la innovación tecnológica y a la organización clínica.

7 errores que destruirán tu planificación con alineadores... y cómo no cometerlos

Dr. Enrique Lozano
Dra. Rita Dias Lopes
Dr. Orestis Koutras
Dr. Greg Tortora

