

Tratamiento de camuflaje ortodóntico en un paciente clase III con laterognasia

Pérez-Traconis LB, Macías Valadéz-Bermúdez CG, Alonzo-Echeverría ML.
Facultad de Odontología, Universidad Autónoma de Yucatán

RESUMEN

Introducción. Se podría describir la oclusión ideal como la máxima intercuspidad, perfecta función y estética. Cuando hablamos de que la oclusión habitual en máxima intercuspidad no coincide, dentro de ciertos límites, en relación céntrica condilar, puede hablarse de una maloclusión funcional, donde la función masticatoria está alterada, al igual que si los movimientos excursivos no presentan las relaciones oclusales adecuadas y una función normal de los complejos articulares temporo-mandibulares. **Presentación del caso.** Se presenta un paciente clase I esquelética, incisivos proinclinados línea media inferior desviada a la izquierda 4mm, mordida cruzada posterior izquierda, clase III molar izquierda, clase III canina bilateral. Se optó por un tratamiento de camuflaje para resolver la laterognasia, ya que no presentaba asimetría condilar, con este se logró corregir la línea media y la mordida cruzada, además de establecer la adecuada relación incisiva y las desocclusiones. **Discusión.** Es de relevancia considerar las condiciones etiológicas de los casos clínicos de maloclusiones a resolver con tratamiento de camuflaje, ya que, si bien nos puede llevar a una finalización exitosa con un tratamiento conservador, no siempre es así y podría terminar el caso en una maloclusión acentuada, por lo que hay que tomar en cuenta ciertos aspectos como severidad, edad, oclusión, expectativas del paciente, etc. .

Palabras clave: clase III, maloclusión, máxima intercuspidad

ABSTRACT

Introduction. Ideal occlusion can be described as maximum intercuspation, perfect function and esthetics. When habitual occlusion and maximum intercuspation do not coincide within certain limits in the central condylar relationship, it can be for different reasons. One is functional malocclusion, in which the masticatory function is altered. Another is when excursive movements do not have adequate occlusal relationships despite normal function in the temporomandibular articulations. **Case Presentation.** Patient was class I skeletal case, proinclined incisors lower midline misaligned 4 mm to left, crossbite posterior left, class III left molar, class III bilateral canine. No condylar asymmetry present. Laterognathism resolved with camouflage treatment. Midline and crossbite corrected, and adequate incisive relation and desocclusions established. **Discussion.** Etiological conditions must be considered when using camouflage treatment to resolve clinical malocclusions. Conservative treatment may lead to a successful outcome, however, it can also lead to accentuated malocclusion. Aspects such as condition severity, patient age, occlusion, and patient expectations, among others, need to be considered to attain optimum results.

Key words: Class III, malocclusion, maximum intercuspitation.

Solicitud de sobretiros: M. en O. Laura Beatriz Pérez Traconis
Correo electrónico: laurap@correo.uady.mx
Correspondencia: Calle 61 A No. 492A x Av. Itzáes, Col. Centro, Mérida, Yucatán, México. CP. 97000.
Recibido: Julio 2014 / Aceptado: Junio 2015

Artículo disponible en <http://www.odontologia.uady.mx/revistas/rol/pdf/V07N1p33.pdf>

INTRODUCCIÓN

Se podría describir la oclusión ideal como la máxima intercuspidad, perfecta función y estética. (1,2) Angle la describe como la perfecta armonía en una boca en donde están presentes todos los dientes, los cuales deberán de ocluir de un modo saludable, estable y satisfactorio, aunque presenten alguna variación en su posición dentro de ciertos límites. (1,2,3)

Para obtener una oclusión ideal, debemos de tomar en cuenta muchos aspectos, como la máxima intercuspidad, las guías de desoclusión (guía canina, guía incisiva), relación molar y canina correctas, entre otros aspectos. (4)

Cuando hablamos de que en la oclusión habitual en máxima intercuspidad no coincide, dentro de ciertos límites, como una relación céntrica condilar, puede hablarse de una maloclusión funcional, donde la función masticatoria está alterada, al igual que si los movimientos excursivos no presentan las relaciones oclusales adecuadas y una función normal de los complejos articulares temporomandibulares. (1,2,5)

Así que al referirse a un caso donde la máxima intercuspidad se produzca en relación céntrica condilar, esto es, que se trate de una oclusión céntrica, pueden estar presentes relaciones dentarias interproximales y oclusales anómalas, que es lo que llamaremos con el término maloclusión estructural. (6)

Se describe como maloclusión clase III cuando el molar inferior está situado mesialmente en relación con el molar superior. También se le denomina mesioclusión, prognatismo mandibular, o progenie. Clínicamente son términos sinónimos que expresan desproporción en la relación sagital. (7,8)

La clase III dento-esqueletica se ha considerado a lo largo de la historia como una de las maloclusiones más llamativas debido a la deformidad facial que puede ocasionar. (6) Es la menos frecuente de las maloclusiones y su prevalencia varía según la geografía, la raza de la población, la herencia, y algunos problemas funcionales que pueden atrofiar el crecimiento óseo normal. (8)

En la clase III podemos distinguir:

Clase III verdadera, la desproporción de las bases óseas es el origen de la maloclusión.

Clase III falsa o también llamada neuromuscular: se caracteriza por un adelantamiento funcional de la mandíbula en el cierre oclusal. La retroinclinación de los incisivos superiores o la proinclinación de los inferiores en el contacto oclusal fisiológico fuerza a los cóndilos a mesializarse.

Mordida cruzada anterior: la anomalía está circunscrita a la oclusión invertida de los incisivos, estando los huesos maxilares en una relación adecuada. (1,8)

La maloclusión clase III también se divide en tres tipos. Tipo 1 funcional es cuando la mandíbula es guiada, o desplazada, hacia delante, cuando los dientes entran en relación céntrica. La sobremordida horizontal invertida de los dientes anteriores superiores hace que la mandíbula se desplace hacia adelante cuando los dientes entran en contacto incisal durante el cierre bucal. Tipo 2 esqueletal: El maxilar superior se encuentra relacionado normalmente con la anatomía craneal, pero la longitud del cuerpo de la mandíbula es superior a la de la base craneal anterior. Y la Tipo 3 esqueletal: la mandíbula puede estar relacionada normalmente o casi normalmente, con la anatomía craneal, es decir, que SNB se encuentra en el margen de los 76 a los 80°, pero en donde el maxilar superior siempre se encuentra en posición posterior respecto a la anatomía craneal, y en la cual la base apical superior puede ser o no suficiente larga como para aceptar los dientes bien alineados. (1, 2, 8)

Las laterognasias mandibulares son dadas por una desviación permanente de la mandíbula, cuya morfología se halla alterada tanto por el cóndilo y la rama como en el cuerpo y la región alveolodentaria; una etiología del crecimiento mandibular asimétrico, son las fracturas mandibulares (especialmente las condilares) en individuos en crecimiento. (9)

Las deformidades secundarias asociadas a esta condición, incluyen asimetrías faciales, como la desviación del mentón hacia el lado afectado, acortamiento de la rama mandibular, inclinación del plano de oclusión e indirectamente, alteración del crecimiento maxilar. (9)

Sin embargo, lo más frecuente es que exista una alteración funcional, en la cual existan puntos de contacto prematuros, los cuales pueden también

ocasionar el acomodo anormal de la mandíbula y así crecer o desarrollarse con esta asimetría. (9,10)

Diagnóstico de las asimetrías mandibulares

En algunos pacientes, el problema se origina con la erupción dental anormal, pérdida prematura de dientes primarios, o pérdida de los dientes permanentes; sin embargo, en otros pacientes, el origen puede ser principalmente de naturaleza esquelética en el que un maxilar o una mandíbula asimétrica está presente. (9)

El primer paso es identificar las asimetrías y diferenciar entre aquellas que son de causas dentales o esqueléticas. El terapeuta puede tomar una decisión válida sobre la necesidad de una cirugía o un tratamiento no quirúrgico. (10,11)

Los puntos más relevantes que hacen visible al paciente cualquier tipo de asimetrías son por ejemplo el filtrum, la "V" del borde del bermellón, distancias entre el canino o primer premolar y la comisura bucal. (9,10)

CASO CLÍNICO

Se presenta un paciente femenino de 31 años de edad, que acude a la Especialización de Ortodoncia y Ortopedia Dentomaxilofacial de la Facultad de Odontología de la Universidad Autónoma de Yucatán, por el motivo de querer arreglar sus dientes, ya que no le gustaba que al sonreír se le fueran chuecos los labios.

Diagnóstico.

A la exploración extraoral se observó perfil cóncavo, braquifacial, laterognasia con desviación hacia la izquierda, retrusión labial superior e inferior (Figura 1).

A la exploración intraoral se observan incisivos superiores e inferiores protruidos, línea media inferior desviada a la izquierda 4 mm, mordida cruzada posterior unilateral izquierda, overjet y overbite de 0.5 mm clase III molar izquierda, ausencia de relación molar derecha, clase III canina derecha, clase III canina izquierda cruzada. (Figura 2)

En la ortopantomografía se revelaron cóndilos asimétricos, la longitud radicular fue de 2:1. (Figura 3)

Los resultados de los análisis cefalométricos revelaron una clase I esquelética con tendencia de

crecimiento horizontal, incisivos superiores e inferiores proinclinados (Figura 4) y (Cuadro 1).



Figura 1. Fotografías extraorales iniciales. A) análisis de tercios horizontales simétricos. B) análisis de quintos (simétricos). C) perfil cóncavo D) sonrisa amplia. E) labio superior asimétrico .

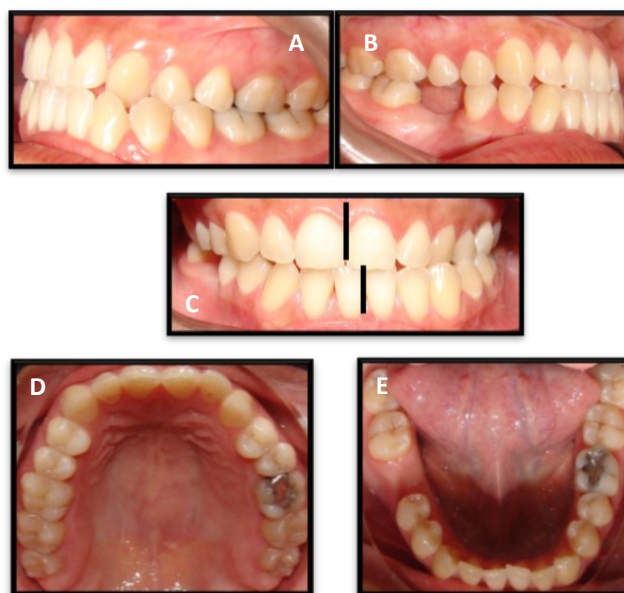


Figura 2. Fotografías intraorales de inicio. A) lateral derecha, B) lateral izquierda, C) frontal, D) arcada superior, E) arcada inferior

Objetivos de tratamiento

Alinear y nivelar, corregir línea media, descruzar mordida posterior izquierda, establecer adecuado overjet y overbite, obtener clase I canina derecha e izquierda, establecer guías caninas, establecer guía incisiva, dejar clase III molar funcional, obtener máxima intercuspidación, rehabilitar espacio de pieza 4.6.

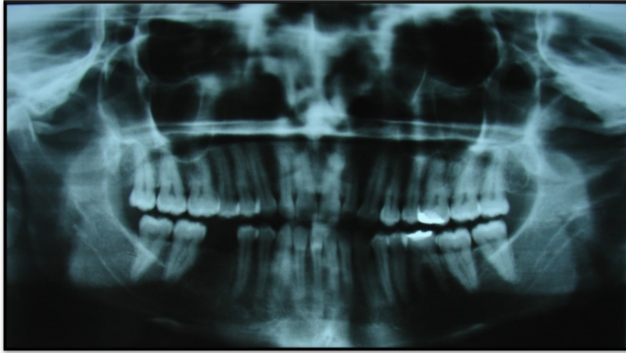


Figura 3. Ortopantomografía



Figura 4. Lateral de cráneo

Tratamiento

El tratamiento ortodóncico consistió en aparatología fija (Edgewise slot 022) bandas en primeros molares superiores con tubos, en inferior se colocaron bandas en el segundo molar derecho y en el primer molar izquierdo, de igual manera se colocaron arcos de 0.012 de Níquel Titanio superior e inferior, con el motivo de alinear y nivelar las arcadas (Figura 5).

En las 4 citas posteriores a la cita de inicio se colocaron los arcos de calibre 0.016" de Níquel Titanio en superior e inferior, con el motivo de seguir alineando y nivelando.

En la 5ta cita se le colocó arco de acero inoxidable calibre 0.016" en superior con dobleces de compensación, también se le incluyó un doblez de intrusión al primer premolar superior derecho y en el segundo premolar inferior derecho, esto con el fin de eliminar interferencias.

En la 6ta. cita se continuó con el arco superior, se le religó con módulos, en la arcada inferior se le incorporó un resorte entre el primer premolar y el

segundo premolar inferior derecho, con el fin de distalizar para ir obteniendo las clases I caninas (Figura 6).

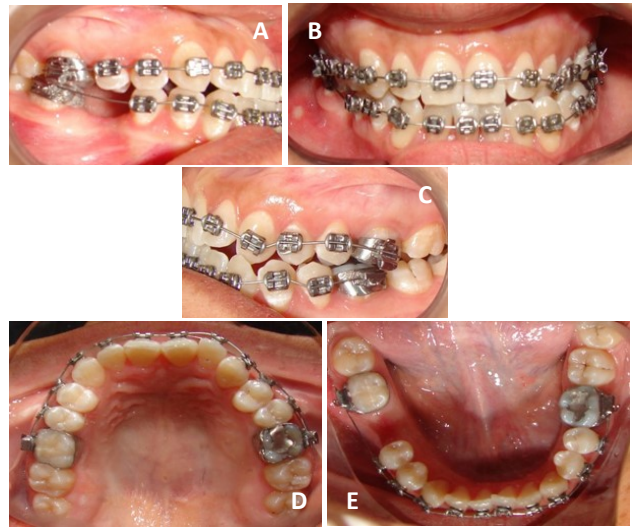


Figura 5 Colocación de aparatología fija. A) lateral derecha, B) frontal, C) lateral izquierda, D) superior, E): inferior.

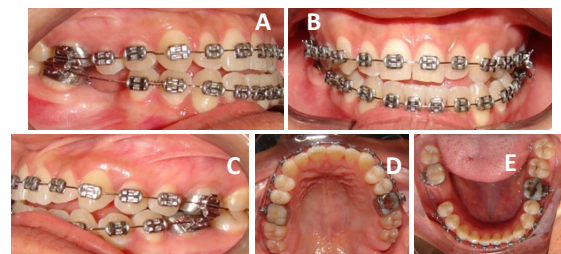


Figura 6. Colocación de resorte abierto, A) lateral derecha, B) frontal, C) lateral izquierda, D) superior, E) inferior.

Se continúa con la misma mecánica de distalización del canino inferior derecho hasta lograr la clase I canina derecha, esto fue obtenido por medio de resortes y cadena elástica. Posterior a la distalización se colocó cadena elástica en la arcada inferior para cerrar espacios remanente a la distalización.

En la cita número 17 se le colocó un arco 0.016" x 0.016" de Níquel Titanio en la arcada superior esto con el propósito de dar torque a los dientes superiores, en la arcada inferior continua con el mismo arco, con módulos en ambas arcadas, además se colocaron ligadura metálica en forma de gancho (kobayashi) en canino superior derecho a lateral inferior izquierdo, con el propósito de que en la siguiente cita se colocarán elásticos para la corrección de línea media calibre de 1/4 de 2.7 oz. (Figura 7)

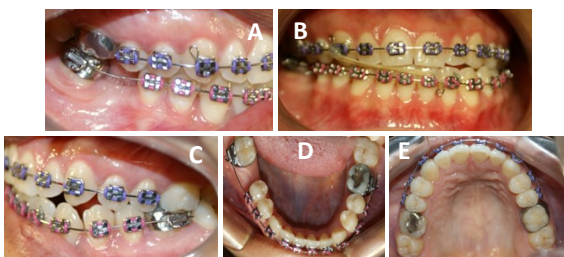


Figura 7. Colocación de liga intraoral para línea media 1/4 de 2.7 oz. A) lateral derecha, B) frontal, C) lateral izquierda, D) inferior, E) superior.

Se le adaptó un arco de acero calibre 0.016" x 0.016" de acero inoxidable con dobles de offset al canino superior izquierdo, en la arcada inferior continua con el mismo arco y cadena elástica de 5 a 6, continua con la liga de 1/4 de 4oz.

Se instaló cadena elástica en la arcada inferior de 3 a 5, en la arcada superior se le colocó un arco 0.016" de acero inoxidable con offset incrementados en caninos, se continúa con la liga de corrección de línea media y se le coloca un liga intraoral de 5/16 de 4 oz. tipo clase III. En esta cita se realizaron desgastes interproximales (Figura 8)

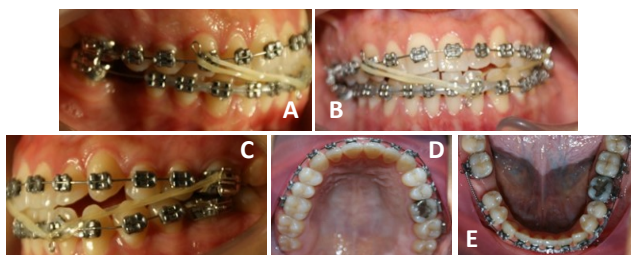


Figura 8. Colocación de liga tipo clase III. A: lateral derecha, B: frontal, C: lateral izquierda, D: superior, E: inferior.

Se le coloca cadena elástica de 5 a 6 en inferior con el propósito de seguir colapsando la arcada inferior, se activan los offset de los caninos superiores para continuar descruzado el sector posterior izquierdo. Se continuó con sus elásticos de línea media y tipo clase III.

Se le colocó un arco de acero 0.016 x 0.022 acero inoxidable con dobleces de offset de caninos superiores, además se le colocó un alambre en forma de gancho en el canino superior izquierdo, en la arcada inferior se le colocó un resorte entre el segundo premolar inferior derecho y el segundo molar inferior derecho para mantener el espacio del primer molar inferior derecho y evitar la mesialización del segundo molar inferior derecho.

También se colocaron dos alambres en forma de gancho en el canino y primer premolar inferior derecho, para colocar una liga intraoral de calibre 5/16 de 4 oz con el propósito de lograr un mejor asentamiento en la zona de los caninos izquierdos, se le indicó a la paciente también utilizar su liga de corrección de línea media. Se confeccionó un arco nuevo inferior de acero .016 con dobleces de offset en los caninos (Figura 9).

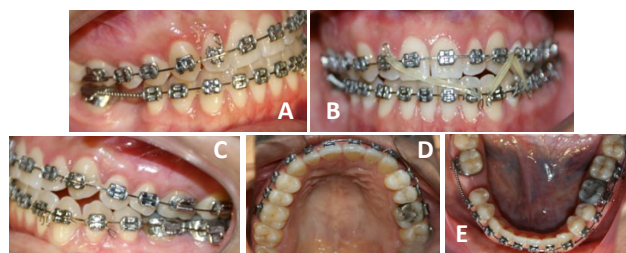


Figura 9. Colocación de ligas de asentamiento. A: lateral derecha, B: frontal, C: lateral izquierda, D: superior, E: inferior

En la cita 29 se le colocó un arco de .016" x .022" de acero inoxidable en la arcada superior, en el canino superior izquierdo se colocó un barril de desrotación, en la arcada inferior se incrementó el offset del canino inferior derecho, se continúa con su liga de línea media, y se deja solo el triángulo de asentamiento del canino izquierdo.

En la cita 32 se retiró la aparatología fija, en la cual se puede observar que se cumplieron con los objetivos establecidos en el diagnóstico y plan de tratamiento (Figura 10 y 11).



Figura 10. Fotografías intraorales finales. A: frontal, B: lateral derecha, C: lateral izquierda, D: inferior, E: superior, F: resalte.

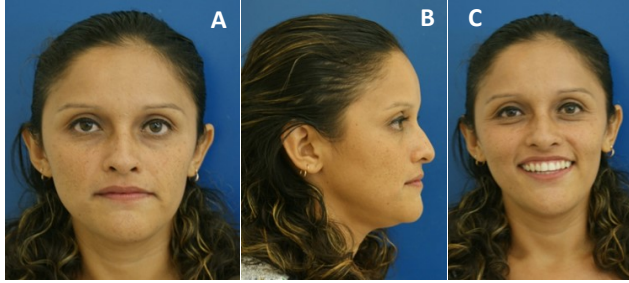


Figura 11. Fotografías finales. A) Frente, B) Perfil derecho, C) Sonrisa

Se mantuvo la clase III molar funcional derecha, se obtuvo clase I molar izquierda, también se obtuvieron las clases I caninas, la línea media se corrigió aunque no en su totalidad dejándola a 1mm de desviación.

Se colocó retenedor fijo en la arcada inferior de 3 a 3, y en la arcada superior se colocó un retenedor removible circunferencial.

RESULTADOS

El tratamiento concluyó en 32 meses, se logró obtener una mejor armonía de arcos, las arcadas superior e inferior se dejaron con una forma más ovalada y uniforme, se obtuvo una máxima intercuspidad, se logró dejar una sobremordida horizontal de 1.5mm y una sobremordida vertical de 1.8mm.

Por ser un tratamiento de camuflaje ortodóntico y no de cirugía ortognática, el perfil facial de la paciente mejoró aceptablemente, aunque la desviación del mentón se siga observando.

DISCUSIÓN

Es de relevancia considerar las condiciones etiológicas de los casos clínicos de maloclusiones a resolver con tratamiento de camuflaje, ya que, si bien nos puede llevar a una finalización exitosa con

un tratamiento conservador, no siempre es así y podría terminar el caso en una maloclusión más acentuada o diferente, por lo que hay que tomar en cuenta ciertos aspectos como severidad, edad, oclusión, expectativas del paciente, etc.

CONCLUSIÓN

El tratamiento de camuflaje ortodóntico puede ser realizado en pacientes con ciertas características, como discrepancias esqueléticas leves, es por eso que el ortodoncista tiene que conocer los límites del camuflaje ortodóntico, cuando se presente una discrepancia esquelética severa es recomendable en un 100% el tratamiento ortodóntico con cirugía ortognática.

REFERENCIAS

1. Proffit WR., Ortodoncia Contemporanea Teoría y Práctica. 3ª ed. Barcelona, España: Elsevier Mosby; 2003.
2. Canut-Brusola JA. Ortodoncia Clínica y Terapéutica. 2ª ed. Barcelona, España: Masson; 2000.
3. Angle E H. A Short and Rambling Chapter from the Life of Dr. Edward H. Angle. Angle Orthod 1993;4(2):131-41
4. Andrews L F. The six keys to normal occlusion. Am J Orthod Dentofac Orthop. 1972;62(3):296-309
5. Bravo, LA. Manual de Ortodoncia. España: Síntesis; 2003.
6. Edward H. Angle. Treatment of Malocclusion of the Teeth. 7th Ed. Philadelphia: 1907. p. 11-35.
7. Peck S. A Biographical Portrait of Edward Hartley Angle, the First Specialist in Orthodontics, Angle Orthod. 2009;79 (6):1028-1033.
8. Jarabak J; Fizzel J, Aparatología del arco de canto con alambres delgados. 2a ed. Buenos Aires, Argentina: Mundi; 1977.
9. Ronchi P. Orthodontics-surgical Treatment of Dentofacial Anomalies. Italy: Quintessenza Srl; 2005.
10. Anhoury P S., Nonsurgical treatment of an adult with mandibular asymmetry and unilateral posterior crossbite, Am J Orthod Dentofac Orthop. 2009;135(1):118-25.
11. Graber Vanarsdall, Ortodoncia Principios Generales y Técnicas. 3ª ed. Argentina: Editorial Médica Panamericana; 2003.