

Tratamiento de maloclusión clase III con cirugía. Caso clínico

Cristina Dias Da Silva

Residente del segundo año de la maestría de Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia.

Dra. Beatriz Gurrola Martínez

Profesor de la maestría del CESO y profesor de carrera de tiempo completo Titular "C" en la FES Zaragoza.

Dr. Adán Casasa Araujo

Profesor de clínica y director del CESO.

Resumen

Se reporta un caso de una paciente de 23 años 2 meses de edad que es asimétrica con maloclusión tipo clase III esquelética originada por hiperplasia mandibular que cursa con laterognasia del lado izquierdo. La maloclusión fue tratada con terapéutica ortodóncica y quirúrgica. Entre los objetivos de tratamiento se planteó la descompensación dental y la estabilidad oclusal para referir a cirugía y realizar una osteotomía sagital de rama mandibular bilateral asimétrica, 8 mm del lado izquierdo y 5 mm del lado derecho. Se obtiene resultados esqueléticos satisfactorios, balance y perfil facial armónico, estético y funcional.

Palabras clave: *clase III esquelética, laterognasia, descompensación dental, osteotomía sagital mandibular*

Introducción

Las displasias más complejas de tratar en el ámbito ortodóncico son las de clase III que se caracterizan por una posición mesial de la arcada dentaria mandibular respecto a la maxilar, produciendo una alteración en la relación incisal.¹ Este tipo de maloclusión se clasifica en pseudoclases III y clases III verdaderas. Las pseudoclases III son problemas con patrón esquelético armonioso de clase I, pero con una posición vestibular de los dientes inferiores, lingual de los superiores o puntos de contacto prematuros que producen un movimiento hacia delante y ubican la mandíbula en una posición anterior a borde o cruzada, dando apariencia prognática.² Las clases III verdaderas son aquellas maloclusiones de

carácter esquelético caracterizadas por la desarmonía anteroposterior del tamaño y/o de la relación de las bases maxilar y mandibular. En otras palabras dicha condición dentoesquelética es resultado de una deficiencia maxilar de un prognatismo mandibular o una combinación de ambos.^{3,4} Las maloclusiones Clase III presentan un componente genético importante, sin embargo, se considera de etiología multifactorial, es decir, una interacción de la genética con los factores ambientales.⁵ La maloclusión clase III de tipo esquelética y dental representan el 10% de las maloclusiones alrededor del mundo, siendo variable de una zona a otra dentro de una misma región.² Especial incidencia se observa en el continente asiático cuyos habitantes se caracterizan por una deficiencia marcada en el desarrollo maxilar. El tratamiento habitual para una maloclusión clase III dependerá indiscutiblemente de un diagnóstico adecuado. Entre algunas de las opciones terapéuticas se considera el manejo ortopédico, ortodóncico y la combinación de la ortodoncia con cirugía ortognática. La inclinación por una u otra opción se condicionará por la experiencia del ortodoncista en el manejo de las estrategias así como de los objetivos de tratamiento en el paciente.

El tratamiento combinado de ortodoncia y cirugía ortognática son estrategias empleadas cuando las discrepancias esqueléticas entre el maxilar y la mandíbula son notoriamente severas. Para la aplicación de dicho tratamiento debe estar presente los siguientes aspectos: Culminación de la fase de crecimiento en el paciente, lo que va a prevenir recidivas consecuentes de dicho proceso. Determinar multidisciplinariamente los cambios dentales y faciales que se efectuarán en el paciente. Tener como meta durante la ortodoncia prequirúrgica, la descompensación dentaria para permitir la adecuada posición de los maxilares en relación de clase I.²

Reporte de Caso

Se presenta una paciente femenina de 23 años y 2 meses de edad que acude a consulta para que se haga un "Presupuesto de Postes Quirúrgicos", ella fue referida por el servicio de cirugía maxilofacial del Hospital Juárez de la Ciudad de México. Al examen clínico extraoral, en su foto de frente (Fig.1) se observa una paciente



Fig. 1. Extraoral de frente. Pretratamiento.



Fig. 2. Perfil. Pretratamiento.



Fig. 3. Sonrisa. Pretratamiento.



Fig. 4. Intraoral de frente. Pretratamiento.



Fig. 5. Lateral derecha. Pretratamiento.



Fig. 6. Lateral izquierda. Pretratamiento.

asimétrica y dolicofacial; con perfil cóncavo. (Fig. 2).

En su foto de sonrisa se evidencia una asimetría mandibular considerable hacia el lado izquierdo, así como la desviación de la línea media dental superior 0,5 mm hacia el lado derecho con respecto con la línea media facial. (Fig. 3).

En los estudios intraorales se evidencia en la figura 4 la desviación de la línea media dental inferior 5 mm hacia el lado derecho así como mordida cruzada anterior y posterior del lado izquierdo. En las fotografías intraorales laterales derecha e izquierda respectivamente, correspondientes a las figuras 5 y 6, se observa la relación canina y molar de clase III, la presencia de overjet negativo de -7mm y un overbite disminuido a 10%.

En estos estudios iniciales, la paciente refiere que ya tuvo un tratamiento ortodóncico previo, motivo por el cual no se observan un mayor número de rotaciones ni malposiciones así como tampoco apiñamiento dental (Fig. 7 y 8 pretratamiento).

Los estudios radiográficos de inicio en su cefálica lateral, revela la presencia de una clase III esquelética originada por la posición adelantada de la mandíbula, una notoria hiperdivergencia y las inclinaciones dentales propias de pacientes clase III, proclinación de incisivos superiores y retroclinación de incisivos inferiores. (Fig. 9).

En la radiografía panorámica en figura 10 muestra un adecuado paralelismo radicular y el acortamiento de raíces a nivel de premolares superiores e inferiores.

El tratamiento de la paciente que se le realizó en el Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia CESO consistió en dos fases, una inicial de ortodoncia prequirúrgica que consistió en la alineación, nivelación, descompensación dental y estabilidad oclusal (tripodismo); y una segunda fase de ortodoncia posterior a la cirugía maxilofacial donde se realizó el detallado y retención.

Como objetivos principales de tratamiento se propusieron los siguientes:

Fase Ortodóncica pre-quirúrgica, descompensación dental, lograr estabilidad oclusal. (tripodismo).

Fase Quirúrgica: Corrección del perfil facial, corrección de laterognasia y relaciones esqueléticas.

Fase Ortodónica post-quirúrgica: obtener clase I canina bilateral, la clase I molar bilateral, corrección de líneas medias dentales y la obtención de un overjet y overbite adecuado

Una vez obtenidos los objetivos de la fase ortodónica prequirúrgica, luego de 6 meses de tratamiento, se ferulizaron los arcos dentales y se colocaron los vástagos quirúrgicos de fijación, marcando las líneas medias dentales superior e inferior para facilitar el posicionamiento de los maxilares durante la cirugía ortognática. (Figuras 11 intraoral con vástagos quirúrgicos, 12 sonrisa, 13 lateral derecha y 14 lateral izquierda).

Primera fase: La cirugía ortognática de esta paciente, considerado que la clase III se originó por una posición adelantada mandibular, es una osteotomía sagital de rama, con secciones óseas diferenciadas, 8mm del lado derecho y 5 mm del lado izquierdo; esto para corregir la laterognasia hacia el lado izquierdo que presentaba (Figuras: 15 y 16). Una vez realizada la cirugía maxilofacial, se mantiene 1 mes sin tratamiento ortodónico activo para permitir la cicatrización de los tejidos. *Segunda fase:* Se inicia al retomar el tratamiento; se evalúan las condiciones clínicas de la paciente posterior a la cirugía y se hacen las correcciones pertinentes. En el caso de la paciente se observó la desviación de línea media dental superior 1mm a la izquierda y la línea media dental inferior 1 mm a la derecha, como muestra la figura 17 y 18.

Resultados del tratamiento

El examen clínico extraoral posterior al tratamiento revela el balance facial obtenido a partir de la corrección del perfil a través de las relaciones esqueléticas y de la reducción de la asimetría mandibular (Fig. 19 paciente de frente, 20 perfil y 21 sonrisa).

Estudios intraorales. Intraoralmente se observa la correcta alineación y nivelación, obtención de coincidencia de las líneas medias facial y dentales superior e inferior, así como una adecuada y simétrica oclusión. (Fig. 22).

En la figura 23 y 24 se pone en hallazgo las clases I caninas y molares bilaterales y una adecuada intercuspidación posterior.

Radiográficamente en la lateral de cráneo se observa la corrección posición mandibular, siendo actualmente una paciente clase I esquelética, mejor relación dental y perfil de tejidos blandos (Fig. 25).



Fig. 7. Oclusal superior



Fig. 8. Oclusal inferior



Fig. 9. Radiografía lateral de cráneo. Pretratamiento



Fig. 10. Radiografía panorámica. Pretratamiento.



Fig. 14. Lateral izquierda.



Fig. 11. Intraoral de frente con vástagos quirúrgicos.

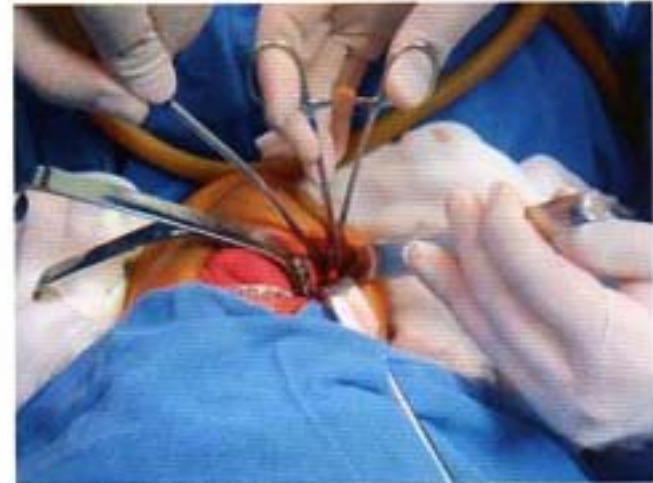


Fig. 15. Cirugía ortognática. Osteotomía sagital de rama mandibular.



Fig. 12. Sonrisa con vástagos quirúrgicos.



Fig. 13. Lateral derecha.



Fig. 16. Fragmento de rama mandibular del lado derecho.



Fig 17. Frente postquirúrgica.



Fig 21. Sonrisa.



Fig 18. Intraoral de frente. Postquirúrgica.



Fig 22. Coincidencia de las líneas medias.



Fig 19. Extraoral de frente.



Fig 23. Lateral derecha.



Fig 20. Perfil.



Fig 24. Lateral izquierda.



Fig. 25. Radiografía Lateral de Cráneo Postratamiento.



Fig. 26. Radiografía Panorámica Postratamiento.



Fig. 27. Comparaciones de sonrisas: inicio, durante y Final del Tratamiento.

En la radiografía panorámica postratamiento mostrada en la figura 26 se mantiene el adecuado paralelismo radicular, así como la condición a nivel de la raíces de premolares superiores e inferiores.

Para la retención y estabilidad del tratamiento además de conservar las distancias intercaninas sin considerable modificación, se colocaron retenedores circunferenciales en la arcada superior e inferior.

Resultados

La motivación principal de los pacientes con maloclusiones clase III de tipo esquelético especialmente aquellos que cursan adicionalmente con asimetrías mandibulares, generalmente es de carácter estético. Sin embargo, al estar comprometida la función se hace imperativa la corrección quirúrgica de dicha maloclusión. Por tal motivo, es evidente que los objetivos de tratamiento en este tipo de pacientes deben contemplar la estética, la función y el carácter psicológico. En el caso que se reporta fueron alcanzados todos los objetivos considerados al inicio del tratamiento, especialmente el balance facial que era de vital importancia para la paciente, lo que le adjudicó seguridad, confianza en sí misma y espontaneidad para volver a sonreír (Fig. 27 comparación: inicio, progreso y final).

Conclusiones

Los resultados alcanzados en el tratamiento indican que el diagnóstico adecuado de las maloclusiones clase III tipo esquelético, garantizan la obtención de los objetivos definidos al inicio del caso. Determinar la etiología de la discrepancia en las relaciones esqueléticas permiten seleccionar la mejor y más adecuada alternativa de tratamiento logrando los mejores efectos terapéuticos.

Bibliografía

- 1.- Da Silva, L. Tratamiento de clase III con máscara facial. Revista Acta Odontológica venezolana, Volumen 48 No 3 Año 2006 Disponible en: www.actaodontologica.com/2006/3/tratamiento_maloclusion_clase_iii_mascara_facial.asp consultada en Agosto 2011
- 2.- Uribe, G. Ortodoncia, Teoría y Clínica. Corporación para Investigaciones Biológicas. Colombia. 2010.
- 3.- Eschevarría, J. Cuenca, E. Pumarola, J. El Manual de Odontología. Ed. Masson, 2007.

- 4.- Moulles, A., Patena, J., Gass, J., Amberman, B., White, J., Gustovich, D. Nonsurgical treatment of a patient with a Class II malocclusion. AM J Orthod Dentofacial Orthop. 2006 Apr;129.
- 5.- Da Silva, L. Consideraciones Generales en el Diagnóstico y Tratamiento de las Maloclusiones Clase III. Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría. Disponible en: www.ortodoncia.ws/edición_electrónica_julio_2005. Consultada en Agosto 2011
- 6.- Natera, A., Rodríguez, E. Maloclusiones clase III: Características, Valoración y Tratamiento. Geodental, Nov 2004. Disponible en: www.geodental.net/articulo-8447.html Consultada en Agosto 2011