



Tratamiento ortodóncico-quirúrgico de paciente clase II división 1. Presentación de un caso clínico

Orthodontic-surgical treatment of a class II division 1 patient. Case report

Mariana Bolio Casas,* Isaac Guzmán Valdivia§

RESUMEN

El objetivo de este caso clínico es demostrar la corrección de una clase II división 1 en un paciente adulto. Paciente femenino de 20 años de edad que acude a la Clínica de Ortodoncia de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México. Su motivo principal de consulta es: «Cuando me quitaron las muelas del juicio me dijeron que me podían operar pero primero tenían que ponerme brackets»; esto para poder corregir la disarmonía dentofacial que presentaba. A la exploración clínica extraoral, se observa una cara mesoprosopa con labios competentes; verticalmente presenta el tercio inferior aumentado. Su perfil es convexo con una proyección deficiente del mentón. Intraoralmente, presenta apiñamiento dental superior e inferior, relación clase II molar y canina, la sobremordida vertical y horizontal considerablemente aumentadas y líneas medias no coincidentes. Su diagnóstico cefalométrico mostró clase II esquelética por protusión maxilar. El tratamiento propuesto ortodóncico-quirúrgico, en tres fases: ortodóncica prequirúrgica, quirúrgica y ortodóncica posquirúrgica. En la fase prequirúrgica se descompensó a la paciente para prepararla para la cirugía. En la fase quirúrgica se realizó una osteotomía sagital mandibular para realizar un movimiento de avance en combinación con una mentoplastia de avance. Durante la fase posquirúrgica se lograron relaciones oclusales ideales en cuanto a las clases caninas, sobremordida, resalte, coincidencia de líneas medias y el detallado final del caso. Con el tratamiento mejoró la oclusión y la armonía facial de la paciente.

ABSTRACT

The objective of this case report was to show the correction of a class II division 1 malocclusion in an adult patient. A female patient of 20 years of age attended the Orthodontics Clinic of the Division of Pos-Graduate Studies and Research of the Odontology Faculty at the National Autonomous University of Mexico. Her main reason for consultation was: «When I removed the wisdom teeth I was told that I could have orthognathic surgery but first I needed braces»; this in order to correct the dento-facial disharmony. Upon facial clinical examination, the patient presented a mesofacial biotype with competent lips; vertically she presented an increased lower third. Her profile was convex with deficient chin projection. Intraorally, the patient exhibited upper and lower crowding, molar and canine Class II, considerably increased overbite and overjet as well as non-coincident dental midlines. The cephalometric diagnosis showed a skeletal Class II due to maxillary protrusion. It was suggested an orthodontic-surgical treatment in three phases: pre-surgical, surgical and pos-surgical. In the pre-surgical phase the patient was decompensated in order to prepare her for surgery. During the surgical phase, mandibular sagittal osteotomies were performed to advance the mandible in combination with an advancement genioplasty. During the pos-surgical phase, ideal occlusal relationships were achieved in terms of canine classes, overbite, overjet, dental midlines and final detailing of the case. Through the treatment, the occlusion and facial harmony of the patient were improved.

Palabras clave: Clase II división 1, cirugía ortognática, osteotomía sagital mandibular, mentoplastia.

Key words: Class II division 1, orthognathic surgery, sagittal osteotomies of the mandible, genioplasty.

INTRODUCCIÓN

La maloclusión clase II división 1 es una de las maloclusiones más difíciles de corregir. Causa una desarmonía facial importante caracterizada por una mandíbula deficiente, lo cual conlleva a un perfil convexo, proporciones faciales no estéticas y desarmonías oclusales generando en el paciente un impacto psicológico negativo y un compromiso funcional.^{1,2}

La etiopatogenia es de origen multifactorial pero existen dos componentes fundamentales: la genética y los factores extrínsecos como los hábitos: succión

* Egresada.

§ Profesor.

Departamento de Ortodoncia, División de Estudios de Posgrado e Investigación, Facultad de Odontología UNAM.

© 2017 Universidad Nacional Autónoma de México, [Facultad de Odontología]. Este es un artículo Open Access bajo la licencia CC BY-NC-ND (<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>).

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/ortodoncia>

digital, succión labial, deglución infantil, entre otros.^{1,3} Las alternativas de tratamiento son distintas dependiendo de la edad del paciente y de la severidad del caso.

La cirugía ortognática es un buen enfoque de tratamiento para personas con discrepancias esqueléticas severas más allá del alcance del tratamiento ortodóncico convencional. El tratamiento ortodóncico-quirúrgico combinado tiene como objetivo obtener una relación facial, esquelética y de tejidos blandos más armoniosa así como mejorar la función oclusal. Está demostrado que las anomalías faciales y dentales que afectan la apariencia de las personas pueden resultar en desventajas sociales. Es así que los pacientes sometidos a cirugía ortognática pueden experimentar beneficios psicosociales así como mejorar su autoconfianza, imagen facial y adaptación social.⁴

Un factor muy importante a tomar en cuenta para el tratamiento ortodóncico-quirúrgico es el paradigma de los tejidos blandos; el cual establece que tanto los objetivos como las limitaciones del tratamiento ortodóncico y ortognático modernos son determinadas por los tejidos blandos de la cara, no por los dientes ni los huesos.⁵

Con ello, el objetivo prioritario del tratamiento pasa a ser las relaciones y las adaptaciones de los tejidos blandos, y no la oclusión ideal. Se admite que para que el paciente pueda beneficiarse plenamente del tratamiento, la oclusión ideal no representa siempre el aspecto fundamental de un plan de tratamiento. La oclusión funcional se convierte en el objetivo secundario del tratamiento.⁵

REPORTE DE CASO

Caso clínico: paciente femenino de 20 años de edad que acude a la Clínica de Ortodoncia de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Universidad Nacional Autónoma de México. El motivo principal de consulta es: «Cuando me quitaron las muelas del juicio me dijeron que me podían operar pero primero tenían que ponerme brackets»; esto para poder corregir la alteración facial que se puede observar en el perfil.

Características clínicas: en el examen clínico extraoral, observamos en la vista frontal una cara mesoprosopa, redonda, labios competentes y gruesos y la línea media facial coincide con la línea media dental. Su sonrisa es neutra y forzada; muestra casi el 100% de las coronas clínicas de los dientes superiores (*Figura 1*). En el análisis vertical se observa el tercio inferior aumentado en relación con el tercio medio. La vista lateral de la paciente muestra un perfil convexo,

con un ángulo nasolabial obtuso (abierto) y una distancia mentocervical disminuida (*Figura 2*). Intraoralmente presenta apiñamiento dental, líneas medias no coincidentes, relación molar y canina clase II y una sobremordida horizontal de 6 mm y vertical de 5 mm (*Figura 3*).

Se toman registros radiográficos previos al tratamiento, en los cuales se incluyen una ortopantomografía, una lateral de cráneo y una tomografía *Cone Beam* (*Figuras 4 y 5*). En ellos se observan 28 dientes permanentes, buena relación corona-raíz (2:1), adecuado nivel de crestas óseas, ligera asimetría de las ramas mandibulares y ningún signo de enfermedad articular.

El análisis cefalométrico reveló una clase II esquelética por protusión y retrognatismo, micrognatismo, exceso vertical del maxilar, proinclinación dental anterior superior e inferior y un patrón de crecimiento neutro (*Cuadro 1*).

Plan de tratamiento: una vez establecidos los objetivos de tratamiento, se realizó una interconsulta con el Departamento de Cirugía Maxilofacial del Hospital Juárez de México. Se sugiere una cirugía sagital para avance mandibular y una mentoplastia de avance. El tratamiento ortodóncico prequirúrgico fue planeado para la preparación quirúrgica de la paciente.

Fase ortodóncica prequirúrgica: extracción de primeros premolares inferiores. Sistema Roth 0.022" x 0.028". La alineación y la nivelación se realizan con arcos ligeros.

La descompensación prequirúrgica se observa en las características faciales y dentales (*Figuras 6 y 7*). Los movimientos de segundo y tercer orden se realizaron con una secuencia de arcos de 0.016 x 0.016 NiTi hasta 0.019" x 0.025" acero inoxidable (*Figura 8*).

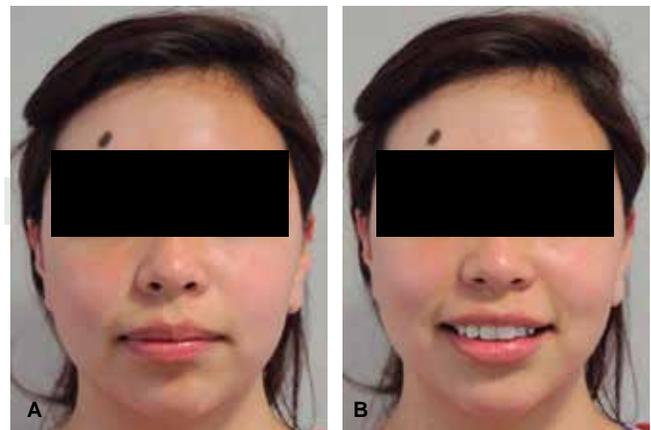


Figura 1. Fotografías extraorales pretratamiento: **A.** Frente. **B.** Sonrisa.

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8708297>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8708297>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)