www.medigraphic.org.mx

Revista Mexicana de Ortodoncia

Vol. 5, Núm. 2 ● Abril-Junio 2017
pp 125-131

CASO CLÍNICO

Clase III esqueletal con laterognasia y asimetría del tercio inferior, tratamiento ortodóncico-quirúrgico

Skeletal class III with laterognathia and lower facial third asymmetry. Surgical-orthodontic treatment

Andrea Zulema Crespo Trujillo,* Antonio Fernández López§

RESUMEN

Paciente femenino de 16 años de edad acude al Departamento de Ortodoncia de la Universidad Nacional Autónoma de México. Su motivo principal de consulta: «tengo la mandíbula chueca». Al examen clínico extraoral, en vista frontal se observó forma de cara alargada, ovalada, el tercio inferior aumentado y mentón desviado hacia la derecha, la línea media facial no corresponde con la línea media dental, sonrisa neutra no consonante, exposición dental del 60% de las coronas clínicas. En vista lateral, perfil recto, competencia labial, ángulo nasolabial agudo y longitud mentocervical aumentada. Intraoralmente, forma de arcada ovoidal, líneas medias no coincidentes, apiñamiento dental, mordida cruzada anterior y posterior derecha, ausencia de los primeros molares superiores, relación molar no valorable, clase III canina derecha e izquierda, sobremordida horizontal -2 mm y sobremordida vertical de 2 mm. Los registros radiográficos incluyen lateral de cráneo, posteroanterior y ortopantomografía. En el análisis cefalométrico reveló una clase III esquelética por prognatismo mandibular, patrón de crecimiento neutro, incisivo superior proclinado, incisivo inferior retroclinado. En la radiografía posteroanterior presentó una discrepancia de la línea maxilomandibular de 4° y la simetría postural de 5°. En la ortopantomografía se observaron las ramas mandibulares asimétricas, crestas alveolares a nivel de la unión amelocementaria, proporción corono-raíz de 2:11/4, presencia de los terceros molares superiores e inferiores, ausencia de los primeros molares superiores y el incisivo lateral superior derecho con tratamiento endodóntico. Funcionalmente, sin problema articular aparente. El tratamiento consistió en tres fases de tratamiento, la fase ortodóncica prequirúrgica, la fase quirúrgica y la fase ortodóncica postquirúrgica. Los objetivos del tratamiento fueron la corrección en los tres planos del espacio; la desarmonía esqueletal, proporcionar una oclusión funcional y una estética facial óptima, de igual forma obtener una buena estabilidad articular y salud periodontal para una mejor calidad de vida del paciente.

ABSTRACT

Female patient, 16 years of age, who attended the Department of Orthodontics at the National Autonomous University of Mexico. The main reason for consultation was: «I have a deviated jaw». Upon facial clinical examination, from the front view an oval and elongated face may be noted as well as an increased lower third, the chin deviated to the right, the facial midline did not match the dental midline, a non-consonant neutral smile and a 60% exposure of the incisor clinical crowns. On a lateral view: a straight profile, competent lips, acute nasolabial angle and increased mentocervical length may be observed. Intraorally there is an ovoid-shaped arch, non-coincident dental midlines, crowded teeth, anterior and posterior right crossbite, absence of the first upper molars (non-assessable molar relationship) right and left canine class III, -2 mm overjet and a 2 mm overbite. Radiographic records included a lateral headfilm, a posteroanterior radiograph and a panoramic radiograph as well. The cephalometric analysis revealed a skeletal Class III due to mandibular prognathism, a neutral growth pattern, proclined upper incisors and lower incisor retroclination. The posteroanterior radiograph showed a discrepancy of the maxillo-mandibular line of 4° and a postural asymmetry of 5°. In the panoramic radiograph asymmetric mandibular ramus, ACJ at alveolar crest level, 2: ¼ root-crown ratio, upper and lower third molars, absence of the first upper molars and maxillary lateral incisor root with endodontic treatment may be noted. Functionally, the patient presented without any apparent TMJ problems. Treatment consisted of three phase: pre-surgical orthodontic phase, surgical phase and post-surgical orthodontic phase. The objectives were: to correct in all three planes of space the skeletal disharmony presented by the patient, to provide functional occlusion and optimal facial and dental aesthetics as well as joint stability and periodontal health.

www.medigraphic.org.mx

Palabras clave: Dentomaxilofaciales, asimetría, segmentaria anterior, osteotomía, genioplastia.
Key words: Dentomaxilofacial, asymmetry, anterior segmentary, osteotomy, genioplasty.

© 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**

* Egresada.
§ Profesor.

Departamento de Ortodoncia de División de Estudios de Posgrado e Investigación (DEPeI), Facultad de Odontología (FO), Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM).

INTRODUCCIÓN

Las alteraciones dentomaxilofaciales son problemas complejos y difíciles de tratar, ya que las estructuras afectadas son varias e involucran el tercio inferior de la cara, cuando se presentan estos problemas en que las modificaciones del crecimiento y los tratamientos ortopédicos no son capaces de resolverlos, la opción más favorable es un tratamiento combinado ortodóncico quirúrgico, el cual deberá de estar coordinado adecuadamente para obtener el mayor beneficio para el paciente.[1]

La maloclusión clase III esquelética es la falta de armonía de posición entre el maxilar y la mandíbula distorsionando la estética facial y la función masticatoria.[2]

La asimetría facial es una manifestación común en pacientes con maloclusión clase III afectando tanto en la oclusión funcional como en la apariencia estética de la cara, degradando la calidad de vida del paciente, siendo éste uno de los principales motivos de consulta.[3]

Generalmente los pacientes candidatos a la cirugía ortognática presentan una compensación natural a su maloclusión. Por lo cual, es de suma importancia hacer saber al paciente que al momento de descompensar ortodónticamente será más evidente la asimetría y la discrepancia maxilofacial.[4]

Para la decisión del tratamiento se deben tomar en cuenta los límites de la ortodoncia y la cirugía, los cuales varían en función de varios factores como: a) la movilización dental necesaria; el Dr. Richard McLaughin menciona que las inclinaciones dentales máximas para un paciente clase III son de 10º de tolerancia mayor que las normas para los incisivos superiores y 10º menores para los inferiores, para obtener una estabilidad aceptable; b) limitaciones establecidas para los tejidos blandos; c) función y d) consideraciones estéticas y psicosociales.[5]

Ackerman y Proffit recomiendan al clínico que no pase por alto las limitaciones de los tejidos blandos en la planificación del tratamiento. Estos tejidos blandos implican varias restricciones: (1) las presiones ejercidas sobre los dientes por los labios, mejillas y lengua son un determinante principal de la estabilidad; (2) la salud periodontal; (3) la articulación temporomandibular y la musculatura que tienen un papel importante en la función; (4) los tejidos blandos de la cara que determinan la estética.[6]

La evolución en el diagnóstico y tratamiento de este tipo de pacientes han sido desarrollados ampliamente en las últimas décadas. Obwegeser popularizó la osteotomía sagital de rama con una técnica intraoral predecible para la corrección de problemas dentofaciales, eliminando las cicatrices faciales de los abordajes externos.[7]

En diferentes artículos[8] se menciona que con las técnicas quirúrgicas actuales, los resultados y la estabilidad a largo plazo en pacientes sometidos a cirugía ortognática combinada son altamente exitosos.

El tratamiento de ortodoncia consiste en la alineación dental de ambas arcadas, descompensando las posiciones dentales presentes y colocando los dientes dentro de su base ósea, para que posterior a la cirugía ortognática se pueda obtener una buena oclusión, los objetivos quirúrgicos se enfocan en la obtención de un buen balance, y armonía facial relacionando el maxilar y la mandíbula en un mismo plano.[9]

REPORTE DE CASO

Paciente femenino de 16 años, se presenta en la Clínica de Ortodoncia de la División de Estudios de Posgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la UNAM. Su principal motivo de consulta: «Tengo la mandíbula chueca». Paciente aparentemente sana.

Características clínicas. Al examen clínico extraoral, en vista frontal se observó forma de cara alargada ovalada, el tercio inferior aumentado, mentón desviado hacia la derecha, la línea media facial no corresponde con la línea media dental, sonrisa neutra no consonante, exposición dental del 60% de las coronas clínicas. En vista lateral, perfil recto, competencia labial, ángulo nasolabial agudo y longitud mentocervical aumentada. Intraoralmente, forma de arcada ovoidal, líneas medias no coincidentes, apiñamiento dental, mordida cruzada anterior y posterior derecha, ausencia de los primeros molares superiores, relación molar no valorable, clase III canina derecha e izquierda, sobremordida horizontal -2 mm y sobremordida vertical de 2 mm. Los registros radiográficos incluyen lateral de cráneo, posteroanterior y ortopantomografía. En el análisis cefalométrico reveló una clase III esquelética por prognatismo mandibular, patrón de crecimiento neutro, incisivo superior proclinado, incisivo inferior retroclinado. En la radiografía posteroanterior presentó una discrepancia la línea maxilomandibular de 4º y la simetría postural de 5º corroborando la asimetría facial del tercio inferior y laterognasia. En la ortopantomografía se observaron las ramas mandibulares asimétricas, crestas alveolares a nivel de la unión amelocementaria, proporción corono-raíz de 2:11/4, presencia de los terceros molares superiores e inferiores, ausencia de los primeros molares superiores y el incisivo lateral superior derecho con tratamiento endodóntico.

www.medigraphic.org.mx

Download English Version:

https://daneshyari.com/en/article/8708349

Download Persian Version:

https://daneshyari.com/article/8708349

Daneshyari.com