



Corrección de maloclusión clase III mediante tratamiento orto-quirúrgico

Class III malocclusion correction through surgical-orthodontic treatment

Alejandra Vázquez Valencia,* David Meza Lora,§ Juan Eduardo Flores Salas,§ Daniel Abitia Hawley,§
María Isabel Hernández Rivas,§ Jacqueline Adelina Rodríguez Chávez§

RESUMEN

Paciente tratado en la Clínica de Ortodoncia de la Universidad Autónoma de Guadalajara, refiriendo como motivo de consulta «no puedo comer a gusto y siento pena por mi apariencia facial» se realizó estudio dentofacial completo. Se diagnosticó clase III esquelética ocasionada por hipoplasia maxilar y prognatismo mandibular, se determinó tratamiento orto-quirúrgico. El paciente y sus padres fueron informados sobre el tratamiento, riesgos, beneficios, ventajas y desventajas, duración de tratamiento, costos y cuidados a seguir. Una vez aceptado el plan de tratamiento, los objetivos fueron lograr clase I esquelética así como clase I canina y clase II molar bilateral, se indicó colocar Aparatología Roth 0.022", se le realizaron extracciones de las primeras premolares superiores, así como las etapas de alineación, nivelación y cierre de espacios, se trabajó en equipo con el Departamento de Cirugía, se obtuvo un exitoso tratamiento de ortodoncia prequirúrgica y cirugía maxilofacial (avance maxilar y retroposición mandibular), obteniendo como resultados clase I esquelética y clase I canina y clase II molar bilateral, devolviendo al paciente la función masticatoria y la seguridad en su persona por sentirse estéticamente aceptado ante la sociedad.

ABSTRACT

Patient treated in the clinic of Orthodontics of the Universidad Autónoma de Guadalajara, referring as reason for consultation «I can not eat comfortably and I feel ashamed of my facial appearance». A full dentofacial study was conducted. The patient was diagnosed with a skeletal class III malocclusion caused by maxillary hypoplasia and mandibular prognathism. Surgical-orthodontic treatment was determined. The patient and his parents were informed about the treatment, risks, benefits, advantages and disadvantages, duration of treatment, costs and post-operative care. Once the treatment plan was accepted, the objectives were to achieve skeletal class I as well as bilateral canine class I and molar class II. 0.022 Roth appliance placement was indicated with upper 1st premolars extractions, going through the stages of alignment, leveling and space closure. We worked as a team with the Department of Surgery. A successful treatment of pre-surgical orthodontics and maxillofacial surgery (maxillary advancement and mandibular retroposition) was achieved thus obtaining as a result skeletal class I, canine class I and bilateral molar class II. The patient recovered his chewing function and self-esteem by being aesthetically accepted by society.

Palabras clave: Clase III, ortodoncia prequirúrgica, prognatismo mandibular, hipoplasia maxilar, cirugía ortognática, cirugía-bimaxilar.

Key words: Class III, pre-surgical orthodontics, mandibular prognathism, maxillary hypoplasia, orthognathic surgery, bimaxillary surgery.

INTRODUCCIÓN

La publicación por parte de Angle de la clasificación de las maloclusiones en la década de 1890 supuso un paso muy importante en el desarrollo de la ortodoncia. Ya que no sólo subclasificó los principales tipos de maloclusión, sino que acuñó además la primera definición clara de la oclusión normal en la dentición. Angle postulaba que los primeros molares superiores eran fundamentales en la oclusión y que los molares superiores e inferiores deberían relacionarse de forma que la cúspide mesiobucal del molar superior ocluya con el surco bucal del molar inferior. Si los dientes estuviesen dispuestos en una línea de oclusión uniformemente curvada y existiese esta relación entre los molares, se produciría una oclusión normal. Posteriormente Angle describió tres tipos de maloclusión, basándose en las relaciones oclusales de los primeros molares:

Clase I: relaciones normales entre los molares, si bien la línea de oclusión es incorrecta por malposición dental, rotaciones u otras causas.

Clase II: molar inferior situado distalmente en relación con el superior, línea de oclusión sin especificar.

Clase III: molar inferior situado mesialmente en relación con el molar superior, línea de oclusión sin especificar.¹

* Alumna.

§ Profesor.

Especialidad de Ortodoncia, Universidad Autónoma de Guadalajara (UAG).

© 2016 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>

Graber describe la clase III como verdaderas displasias dento-esqueléticas, donde se reconoce una relación antero-posterior de los maxilares en relación con la base del cráneo, estando presentes o no irregularidades de los dientes.²

En la década de 1930 las radiografías obtenidas demostraban claramente que muchas maloclusiones de clase II y clase III se debían a alteraciones en las relaciones intermaxilares, y no sólo a una mala posición de los dientes.³

Esta relación oclusal de clase III parece ser particularmente común en la población de Asia (12%) y comparativamente menos frecuente en la Europea (1.5-5.3%) y caucásicos de América del Norte (1-4%).^{4,5}

La etiología está ligada a factores hereditarios influenciados por el medio ambiente y de acuerdo con su origen se clasifica en esquelética, dental y/o funcional.⁶

Una maloclusión de clase III a menudo puede estar presente en el prognatismo de la mandíbula, pero esas relaciones oclusales constituyen sólo una parte de un síndrome mucho más grande. De hecho en los pacientes de clase III puede encontrarse casi cualquier combinación de crecimiento deficiente del maxilar y desarrollo excesivo de la mandíbula, siendo los dos igualmente probables.^{1,7}

Ellis y McNamara encontraron en su estudio que una combinación de retrusión del maxilar y protrusión mandibular fue la relación esquelética más común, estando presente en el 30% de los pacientes adultos clase III. Retrusión maxilar con una mandíbula normal predominó en 19.5% y un maxilar normal con una protrusión mandibular fue el 19.1% de los pacientes.⁷

Los determinantes de la oclusión, tales como distancia interoclusal, movimiento de masticación y relaciones de diente a diente, varían para las diferentes clases de oclusión. El paciente de clase III se somete a cambios en los patrones oclusales porque la morfología oclusal está determinada por la longitud y el tamaño mandibular. Por lo tanto, prognatismo de la mandíbula puede ser una característica responsable para maloclusión clase III.⁸

Realizar un análisis cefalométrico adecuado resulta esencial para confirmar el diagnóstico presuntivo. Determinar el origen real de la anomalía nos permite formular un plan de tratamiento adecuado, quirúrgico o no-quirúrgico, que responda a las exigencias del paciente y el clínico.⁹

Según Proffit el ortodoncista suele ser la persona clave a la hora de decidir el tiempo adecuado para iniciar los planes de tratamiento que se encuentran dentro de una de las siguientes categorías: sólo ortodóncico, ortopédico y ortodóncico (modificación del crecimiento), y ortodóncico y quirúrgico.¹

Las indicaciones para la cirugía son un problema demasiado amplio para la ortodoncia. Los límites del tratamiento ortodóncico varían en función de la movilización dental necesaria (los dientes pueden moverse más en unas direcciones que en otras) y de la edad del paciente (los límites para la movilización dental varían poco o nada con la edad, pero el crecimiento sólo puede modificarse durante la fase de crecimiento activo). Hay que tener en cuenta, que la discrepancia marca los límites de los cambios de los tejidos duros hacia una oclusión ideal, siempre que no se apliquen otros límites relacionados con los objetivos prioritarios del tratamiento. Las limitaciones establecidas por los tejidos blandos suelen ser un factor muy importante en la elección entre el tratamiento ortodóncico o quirúrgico-ortodóncico.^{1,9}

Jakobsone, Stenvik y Espeland en su estudio concluyeron que la cirugía bimaxilar (LeFort I y osteotomía sagital bilateral) para corregir la maloclusión clase III esquelética da como resultado los siguientes aspectos: 1. Buena estabilidad oclusal; 2. La estabilidad de los maxilares varía dependiendo de la dirección y cantidad de los movimientos quirúrgicos; 3. Los factores de riesgo de la recidiva horizontal de la mandíbula fueron la cantidad de retroceso y la vertical fue el reposicionamiento posterior del maxilar; 4. Compensaciones dentoalveolares que contribuyen a la estabilidad oclusal, de ahí la importancia del tratamiento ortodóncico después de la cirugía y la estabilización.¹⁰

Existen reportes en la literatura del efecto negativo, que tiene cualquier desfiguración facial sobre el bienestar psíquico y social, y ésta es evidentemente la causa por la cual la mayoría de los pacientes buscan tratamiento ortodóncico. Si mejorar la apariencia es el objetivo principal del tratamiento, tiene sentido que además de los maxilares y los dientes, también se tengan en cuenta los cambios en la nariz y en los contornos de los tejidos blandos faciales. Por tanto, es muy importante dar asesoramiento y apoyo psicológico a los pacientes.^{1,11}

Bhamrah, Ahmad y NiMhurchadha en su estudio demuestran que los pacientes quirúrgicos acuden a Internet para complementar información sobre su tratamiento propuesto. Esto puede sugerir una posible brecha en la provisión de información por parte de los profesionales de la salud. Sin embargo, es evidente que los pacientes suelen usar los foros de Internet para buscar información adicional, apoyo y consuelo de personas sometidas a un tratamiento similar. Por lo tanto, es necesario que los clínicos se cercioren de que los pacientes tienen acceso a los recursos de Internet adecuados y pertinentes.¹¹

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/8708396>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/8708396>

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