Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría
Depósito Legal Nº: pp200102CS997 - ISSN: 1317-5823 – www.ortodoncia.ws

CAMUFLAJE DE UN CASO CLASE III, EN DESPLAZAMIENTO ANTERIOR MANDIBULAR - CASO CLÍNICO

- **Ma. Alejandra Ferrer Rosell , Alejandro Paz Añez** residentes de 2do año de la maestría de Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia CESO.
- **Dra. Beatriz Gurrola M** [2] Profesor de metodología en el CESO y profesor de tiempo completo titular "C" en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
- **Dr. Adan Casasa A.** [3] Profesor de clínica y director del CESO.

Resumen
En este artículo presentamos un caso clínico de un paciente con clase III ósea, acompañada de un desplazamiento anterior mandibular que provoca una mordida borde a borde. A nivel dentario hay que destacar la gran discrepancia de Bolton de la arcada inferior, de unos 1.3 mm en el radio de 12, observándose un ligero apiñamiento anteroinferior. Insistimos en un plan de tratamiento conservador de camuflaje clase III, el cual se ha realizado con extracciones de primeros premolares inferiores, alineación, cierre de espacio, nivelación, detallado y retención. Palabras claves: Maloclusión Clase III, Mordida borde a borde, Camuflaje.

Abstract
In this article we presented/displayed a clinical case of a patient with bony class III, accompanied by a previous displacement to mandibular that it causes a wild bite to edge. At dental level it is necessary to emphasize the great discrepancy of Bolton of the inferior arches, of about 1,3 mm in the radius of 12, being observed a slight anteroinferior packing. We insisted on a plan of preservative treatment of camouflage class III, which has been made with inferior extractions of first premolares, alignment, closing of space, leveling, detailed and retention. Key words: Maloclusión Class III, Bitten edge to edge, Camouflage.

Introducción

Denominamos clase III verdadera, al igual que autores como: Echeverría, Moulas a la maloclusión de carácter esquelético caracterizada por la desarmonía anteroposterior del tamaño y /o de la relación de las bases maxilar y mandibular de forma simple maxilar pequeño o mandíbula grande o combinada maxilar pequeño y mandíbula grande (1,2) . Algo muy habitual en la práctica diaria de los ortodoncistas es guiar a sus pacientes hacia un plan de tratamiento quirúrgico o lejos del mismo. Esta orientación depende del entrenamiento del ortodoncista, de las experiencias personales y profesionales, de los datos diagnósticos y de una visión clara de las metas variables del tratamiento basadas en los requisitos del tratamiento de cada paciente.

Reporte del caso

Se presenta paciente masculino, de diecisiete años y 4 meses, es dolicofacial figuras 1,2. Durante la anamnesis el paciente refiere tener el hábito de comerse las uñas (onicofagia).



Fig. 1
Fotografía de frente de inicio



Fig. 2
Fotografía de perfil de inicio

El paciente presenta mordida borde a borde, figuras. 3, 4.



Fig 3
Fotografía de frente de sonrisa en inicio



Fig. 4
Fotografía intraoral de sonrisa en inicio

Clase III molar bilateral, clase III canina bilateral, apiñamiento leve en inferior y forma de arcos cuadradas, figuras. 5,6, 7,8.



Fig. 5
Fotografía lateral izquierda de inicio



Fig. 6
Fotografía lateral derecha de inicio



Fig. 7
Fotografia Oclusal superior de inicio



Fig 8
Fotografia Oclusal inferior de inicio

Clase III esqueletal, hiperdivergente corroborado en los estudios radiográficos en la radiografía lateral de cráneo .Fig. 9.

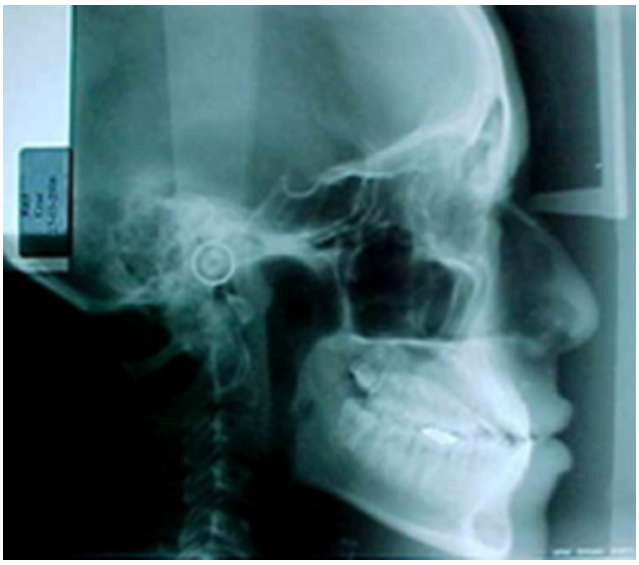


Fig .9
Rx lateral de cráneo de inicio

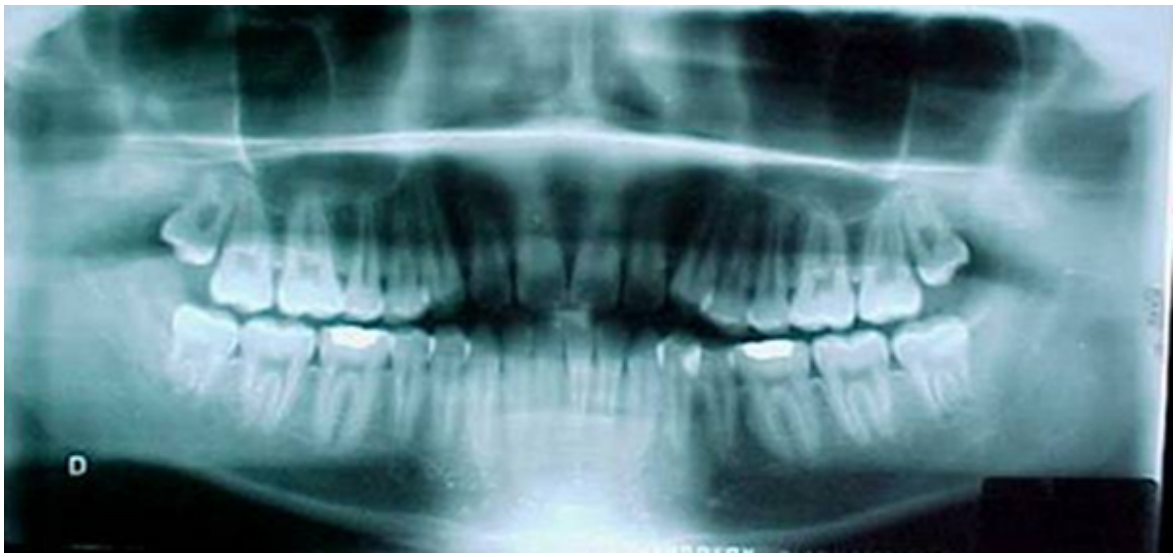


Fig. 10
Rx. panorámica de inicio

Objetivos del tratamiento
Mejorar el perfil facial, a nivel dental corregir el apiñamiento mandibular, obtener overjet y overbite adecuado, mantener clase III molar bilateral, obtener clase I canina bilateral, mantener líneas medias coincidentes. Las relaciones esqueléticas mantenerlas respecto al inicio. Funcionalmente corregir el hábito de onicofagia, lograr correcta intercuspidación, guía de desoclusión canina y una oclusión mutuamente protegida, a la paciente se le realizo la extracción de los primeros premolares inferiores, se procedió al anclaje con arco lingual, alineación, nivelación, cierre de espacios reciproco, stripping, detallado y retención. En los estudios de progreso del tratamiento observamos un cambio a nivel facial, mejorando el perfil. Figuras. 11, 12, 13.



Fig. 11
Fotografía de frente de progreso



Fig. 12
Perfil de progreso



Fig.13
Sonrisa de progreso

En la sonrisa presenta un overjet y overbite aceptable Figuras 14, 15.



Fig.14
Fotografía de sonrisa de progreso



Fig. 15
Clase I canina del lado derecho



Fig. 16
Clase II canina del lado izquierdo

Siguiendo las pautas del tratamiento observamos una adecuada forma de arco a nivel maxilar (Fig 17),



Fig.17

Fotografía oclusal superior de progreso

El cierre de espacio en inferior, en la cual por causas secundarias del uso de cadenas elásticas, se produce una rotación a nivel del segundo premolar inferior izquierdo por la cual se realiza una cupla (Fig. 18).



Fig 18
Fotografía oclusal inferior de progreso

En la radiografía lateral de cráneo presenta un cambio significativo en el perfil y a nivel dental, corroborado con los planos incisivo superior a silla nasión, incisivo superior a plano palatino, incisivo inferior a plano mandibular, angulo interincisal, ángulo nasolabial y mentolabial. En la cual se presenta una proclinación dental superior, retroclinación dental inferior, con una modificación de tejidos blandos. (Fig.19)

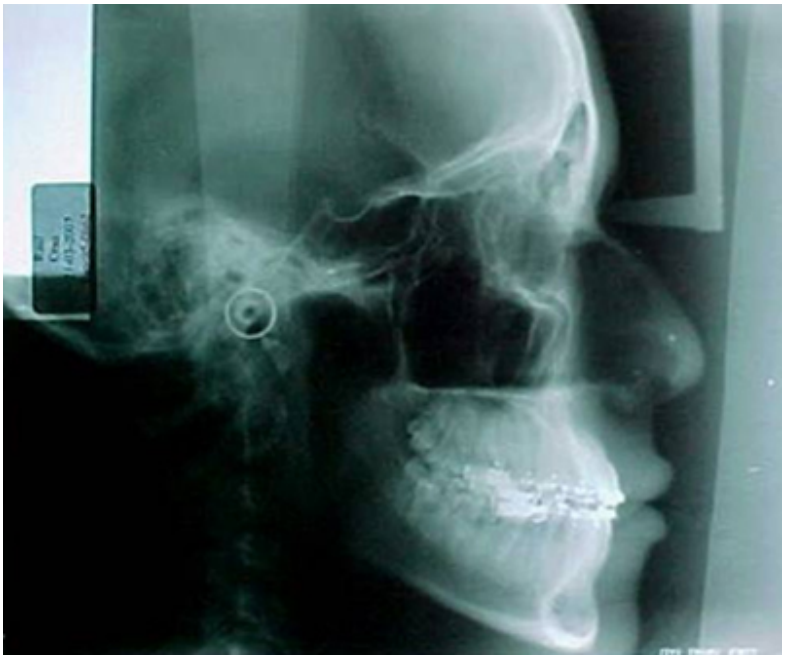


Fig. 19
Rx. Lateral de cráneo de progreso



Fig. 20
Rx. panorámica de progreso

Resultados del tratamiento

En las fotografías finales podemos ver que se mantiene un paciente dolicofacial, un perfil aceptable respecto al inicio y el final. Figuras 21, 22a 22b.



Fig. 21
Fotografía de frente de final



Fig. 22a
Perfil de inicio

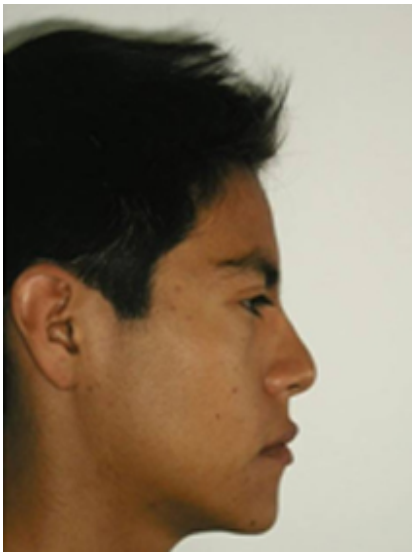


Fig. 22b
Perfil final

Sobremordida y resalte normales, líneas medias coincidentes, higiene adecuada Figuras 24, 25.



Fig.23

Fotografía de sonrisa de final



Fig.24
Fotografía intraoral de sonrisa de final

Clase I canina, clase III molar y adecuada intercuspidación. Fig. 25.



Fig. 25
Fotografía lateral derecha de final

Clase II canina, corona mesial en el canino superior izquierdo, Clase III molar, intercuspidación aceptable. Fig. 26.



Fig. 26
Fotografía lateral izquierda de final

A nivel oclusal presenta una continuidad y forma oval a nivel maxilar y mandibular. Figuras. 27, 28.



Figura 27
Fotografía oclusal inferior

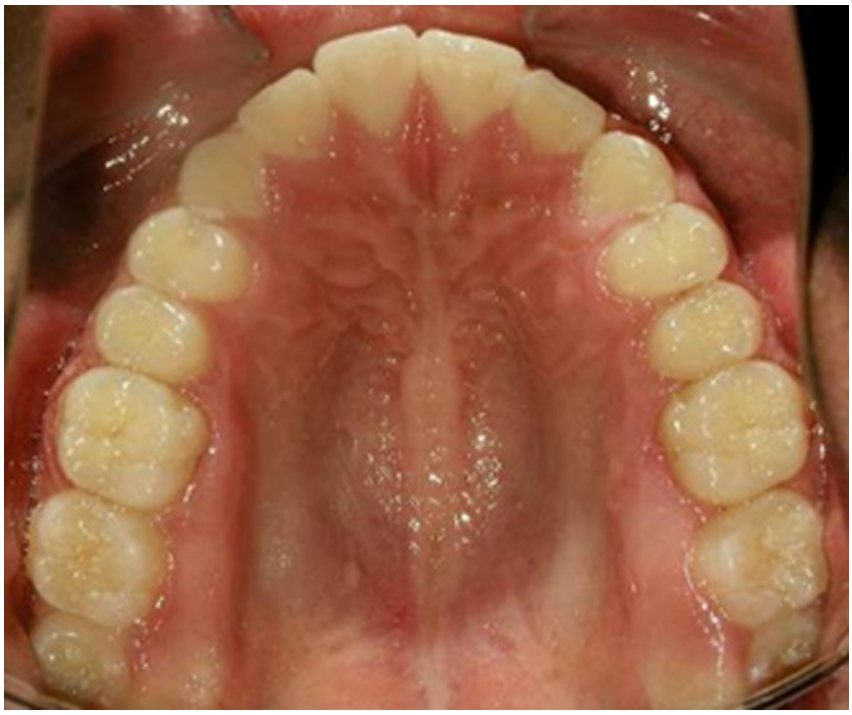


Fig. 28
Fotografía oclusal superior de final.

En la radiografía lateral de cráneo, se mantiene la clase III ósea, observamos hiperdivergencia de 3°, ligero cambio dental comparado con los estudios de progreso. Fig. 29.



Fig. 29
Rx. Lateral de cráneo de final.

En la radiografía panorámica observa un aceptable paralelismo radicular, excepto el tipo de raíz distal en caninos superiores. Fig. 30.



Fig. 30
Rx. Panorámica de final.

Discusión
Autores como Echeverria, Graber, Harfin, Bujaldon coinciden en que ante toda discrepancia ósea maxilomandibular de los pacientes es necesario considerar y explicarles los beneficios, ventajas y desventajas del tratamiento al que será sometido para tratar de modificar el crecimiento craneofacial ya sea que se realice con un tratamiento de ortopedia o se efectué un camuflaje dental del problema esquelético, o se combine el tratamiento de ortodoncia con cirugía ortognática (1,3,4,5) .

Conclusión
Al analizar los resultados logrados en el caso clínico, se muestran las posibilidades de aplicar el tratamiento de camuflaje en pacientes limítrofes, obteniendo un mejoramiento en el perfil, como lo podemos ver en las fotografías de perfil de inicio y final, así también en el overjet, overbite.

Por lo que consideramos que la base está en el adecuado diagnóstico y un buen plan de tratamiento, ya que se identificaran aquellas áreas donde pudiera haber mayor recidiva, no perderlas de vista sobre tratarlas, con el objeto de lograr una mayor estabilidad a corto y largo plazo.

Bibliografía

1. Echeverria, J. Cuenca, E. Pumarola, J. El Manual de Odontología. Ed. Masson.2007

2. Moullas AT, Palomo JM, Gass JR, Amberman BD, White J, Gustovich D. Nonsurgical treatment of a patient with a Class III malocclusion. Am J Orthod Dentofacial Orthop. 2006 Apr;:129

3. Graber, T. M.; Vanarsdall, Robert L.; Vig. Katherine W. L. Ortodoncia: Principios y Técnicas

Actuales. Ed. Harcourt Brace-Elsevier. 4ta Ed. 2006 : 1026.

4. Harfin, J. Tratamiento ortodóntico en el adulto. Editorial Medica Panamericana. Cap 9. 2005

5. Bujaldon-Daza, J; Rodriguez,R; Bujaldon-Daza, A; Rodriguez-Rodriguez, M. Tratamiento ortodóncico de una clase III ósea con grave compromiso de espacio y diversos problemas dentarios asociados. RCOE v.8 n.4 Madrid 2003 jul.-ago.