

Camuflaje en Clases III esqueléticas

JUAN CARLOS PÉREZ-VARELA*

JOSÉ M.^a FELIU-GARCÍA**

CAROLINA MÉNDEZ-GARRIDO***



J.C. Pérez-Varela

RESUMEN

La Clases III esqueléticas han sido siempre reconocidas como difíciles de tratar mediante tratamiento ortodóncico solamente. En adultos con poco o ningún potencial de crecimiento la pregunta clave en el plan de tratamiento es si el camuflaje es o no una opción realista. Presentamos dos casos en los cuales el camuflaje fue nuestra opción de tratamiento ideal basándonos en dos parámetros: a) las limitaciones impuestas por los tejidos blandos, y b) los límites óseos del movimiento dentario.

Palabras clave: Camuflaje, Clase III.

ABSTRACT

Camouflage of skeletal Class III

Skeletal Class III malocclusion has long been recognized as difficult and intractable to manage with orthodontic treatment alone. In adults with little or no growth potential the key question in planning treatment is whether or not camouflage treatment is a realistic option. We present two cases in which camouflage treatment is the ideal treatment approach based on two parameters: a) soft tissue limitations, and b) the boundaries of tooth movement.

Key words: Camouflage, Class III malocclusion.

Dirección para correspondencia:

Juan Carlos Pérez-Varela

C/ Dr. Teixeiro, 12, 1.º

15701 Santiago de Compostela

*Ortodoncista en exclusiva. Profesor del Máster de Ortodoncia de la Universidad de Santiago de Compostela

**Odontólogo por la Universidad de Barcelona. Alumno del Máster de Ortodoncia de la Universidad de Santiago de Compostela

*** Odontóloga por la Universidad de Santiago de Compostela. Máster de Ortodoncia por la Universidad de Santiago de Compostela

CAMUFLAJE EN CLASES III ESQUELÉTICAS

Afortunadamente, la maloclusión de Clase III esquelética es relativamente poco frecuente en las clínicas ortodóncicas, pero la prevalencia de esta anomalía varía ampliamente, y en algunos países es más alta que en otros. Así sucede en España, donde una prevalencia del 5,6% en una población escolar¹ se eleva hasta alrededor del 10% entre los pacientes que reciben tratamiento ortodóncico².

A nuestra consulta acuden pacientes adultos con este tipo de alteración y que debemos resolver de la forma más correcta posible. Antes de plantear las posibilidades terapéuticas de las Clases III, es pertinente considerar el diagnóstico diferencial entre los distintos tipos. El tratamiento correctivo puede ser de tipo conservador (ortodóncico) o quirúrgico. Es preciso distinguir entre una maloclusión localizada, y de buen pronóstico terapéutico, de aquellas Clases III esqueléticas graves que afectan a todo el conjunto oclusal, limitada en sus posibilidades correctivas y con un pronóstico dudoso tanto por la incertidumbre del resultado final como por la inestabilidad posretentiva³.

Para cualquier tipo de maloclusión esquelética, Proffit⁴ señala que sólo existen tres posibilidades de tratamiento: 1) modificación del crecimiento, que siempre que sea posible proporciona resultados ideales; 2) camuflaje de la discrepancia esquelética mediante movilización ortodóncica de los dientes, de forma que se corrija la oclusión dental aunque se mantenga la discrepancia esquelética, o 3) corrección quirúrgica.

Debido a que en el paciente adulto ha cesado el crecimiento, nuestras opciones de tratamiento se reducen a dos posibilidades: camuflaje o cirugía ortognática. La pregunta clave en la planificación del tratamiento para un adulto con una maloclusión esquelética de Clase III es averiguar si el camuflaje es una opción realista o no. La respuesta debe basarse en los movimientos ortodóncicos que se requieren, la estabilidad de estos cambios y si el probable resultado estético va a ser aceptable para las expectativas del paciente. Partiendo de la base de que en el adulto no tenemos crecimiento, la decisión terapéutica es más fácil que en un adolescente, pero teniendo siempre en cuenta que los factores psicológicos son más complejos en los pacientes adultos a la hora de buscar tratamiento ortodóncico, y por ello se hace extremadamente importante tener

una idea clara de cuáles son los deseos y expectativas de nuestro paciente⁵.

Por todo lo anteriormente discutido, el camuflaje ortodóncico de las Clases III es una opción realista sólo si la discrepancia esquelética es relativamente moderada.

Como regla general, Proffit⁶ define unas indicaciones precisas para considerar un problema de Clase III demasiado grave como para ser tratado con ortodoncia solamente. Así, un resalte negativo más grande de 3 mm, o una diferencia entre el punto A y el punto B proyectado sobre la horizontal verdadera mayor que -2 mm van a indicar que estamos ante una discrepancia demasiado grande para ser resuelta única y exclusivamente con ortodoncia y que deberemos plantearnos algún tipo de actuación quirúrgica. Del mismo modo, patrones faciales hiperdivergentes (con tendencia a la mordida abierta) van a tener peor pronóstico que aquellos que sean más convergentes.

Desde nuestro punto de vista, deberíamos tratar a los pacientes con una Clase III esquelética mediante camuflaje ortodóncico basándonos tanto en criterios anatómicos como estéticos. Así, Handelman⁷, en su artículo sobre los límites anatómicos del movimiento dentario, nos indica claramente cuáles van a ser las limitaciones que vamos a tener para compensar una discrepancia esquelética de Clase III. Las corticales labial y lingual del paladar y de la sínfisis van a ser nuestras barreras para la compensación dentoalveolar del problema ortodóncico de nuestro paciente. En otra línea parecida, Ackerman⁸, en su artículo sobre las limitaciones impuestas por los tejidos blandos, nos marca una serie de normas a seguir para la planificación ortodóncica y enfatiza en la necesidad de un meticuloso análisis de los tejidos blandos como paso crítico en la toma de decisiones en ortodoncia. Por otra parte, consideramos de vital importancia la percepción de la estética facial inicial por el propio paciente, la cual será decisiva a la hora de decantarnos por una terapéutica quirúrgica o conservadora.

Debemos analizar cuidadosamente los riesgos y beneficios que van a acarrear tanto un tratamiento ortodóncico como la opción quirúrgica. Así, el camuflaje va a necesitar de un tiempo de tratamiento mayor y una cooperación más alta, pero la cirugía será más cara y puede tener un riesgo más elevado⁹. Las consideraciones riesgo-beneficio de un tratamiento de este tipo siempre van a estar influenciadas por las preocupaciones iniciales del paciente. Es muy importante explicar al paciente los pros y contras de ambas opciones para que entienda el tratamiento y pueda decidir de una forma totalmente objetiva.



Figs. 1-3. Aspecto facial de la paciente antes del tratamiento: de frente en oclusión, de frente sonriendo y de perfil en oclusión.



Figs. 4-6. Aspecto intraoral de la paciente antes del tratamiento: fotografías frontal y laterales.



Fig. 7. Evolución del tratamiento: durante la disyunción.

PRESENTACIÓN DE CASOS CLÍNICOS

CASO N.º 1

Historia clínica

Edad y sexo: 29 años, mujer.

Motivo de consulta: la paciente venía preocupada por la apariencia estética de su dentición.

Anamnesis: no tiene historia de enfermedades, alergias o problemas respiratorios. Tampoco estaba tomando ninguna medicación ni existía algún antecedente familiar de interés. No había sufrido traumatismos dentales ni maxilares. Antigua fisura palatina posterior corregida quirúrgicamente en la infancia.

Examen extraoral (Figs. 1-3).

Frontal: cara asimétrica con desviación mandibular a la derecha. Tercio facial interior aumentado. Buen sellado labial. Surcos nasogenianos marcados.

Perfil: dolicofacial, cóncavo. Labio inferior prominente.

Examen intraoral (Figs. 4-6).

No caries. Presencia de numerosas restauraciones de amalgama.

Examen funcional: deglución normal. Buen sellado labial. Ningún síntoma de disfunción de la articulación temporomandibular.



Figs. 8-10. Aspecto facial de la paciente después del tratamiento: de frente en oclusión, de frente sonriendo y de perfil en oclusión.



Fig. 11. Valoración de la sonrisa de la paciente.



Figs. 12-14. Aspecto intraoral de la paciente después del tratamiento: fotografías frontal y laterales.

Examen de modelos

Arcada maxilar: ausencia de 6+/-5. Inclinación incontrolada hacia medial de 7+.

Arcada mandibular: ausencia de 6-6. Inclinaciones incontroladas de 7-7. Desviación de la línea media hacia la derecha.

Oclusión sagital: Clase III molar derecha y Clase I canina. Clase III molar y canina izquierda.

Oclusión vertical: resalte invertido de 1 mm.

Oclusión transversal: compresión maxilar esquelética.

Objetivos de tratamiento y secuencia

1. Corrección transversal de la mordida cruzada posterior mediante el empleo de un disyuntor rápido palatino tipo Hyrax durante 6 meses (Fig. 7).
2. Compensación sagital de la Clase III esquelética mediante el empleo de los antiguos espacios residuales inferiores, adelantamiento dentoalveolar anterosuperior (punto A) tras la expansión rápida y mesialización dentoalveolar superior.
3. Consecución de una oclusión y sobremordida aceptables mediante la colocación gingival de los brackets en la zona anterior y oclusal en la zona posterior y el empleo de elásticos triangulares intermaxilares.



Figs. 15 y 16. Aspecto facial de la paciente 2 años después del tratamiento: fotografía de frente y de perfil.



Figs. 17-19. Aspecto intraoral de la paciente 2 años después del tratamiento: fotografías frontal y laterales.

Aparatología empleada

Se utilizó aparatología fija multibrackets de prescripción Roth (0.022x0.028") empleando técnica de desplazamiento para el cierre de espacios.

Retención

Uso de una placa de Hawley con tornillo de expansión en la arcada superior y retención fija de canino a canino inferior.

Descripción del resultado del tratamiento

A nivel esquelético, las superposiciones muestran una leve disminución del ángulo del eje facial indicativo de una posterorotación mandibular ligera.

A nivel dental, observamos una relación de Clase I molar derecha y Clase II izquierda y canina I bilateral, con una buena interdigitación posterior con las líneas medias centradas (Figs. 12-14).

A nivel estético presenta una cara simétrica con una ligera disminución de la concavidad del tercio medio inferior (Figs. 8-11).

A nivel funcional no presenta ninguna alteración funcional aparente.

Evaluación de la retención (Figs. 15-19)

A nivel dental observamos una ligera recidiva del +6. A nivel esquelético, las superposiciones realizadas demuestran un ligero aumento de la profundidad facial acompañado de una ligera disminución del plano mandibular.

CASO N.º 2

Historia clínica

Edad y sexo: 20 años, mujer.

Motivo de consulta: la paciente venía preocupada por el apiñamiento superior y un «paladar estrecho».



Figs. 20-22. Aspecto facial de la paciente antes del tratamiento: de frente en oclusión, de frente sonriendo y de perfil en oclusión.



Figs. 23-25. Aspecto intraoral de la paciente antes del tratamiento: fotografías frontal y laterales.



Figs. 26 y 27. Evolución del tratamiento: durante la disyunción.

Anamnesis: no tiene historia de enfermedades, alergias o problemas respiratorios. Tampoco estaba tomando ninguna medicación ni existía algún antecedente familiar de interés. No había sufrido traumatismos dentales ni maxilares.

Examen extraoral (Figs. 20-22)

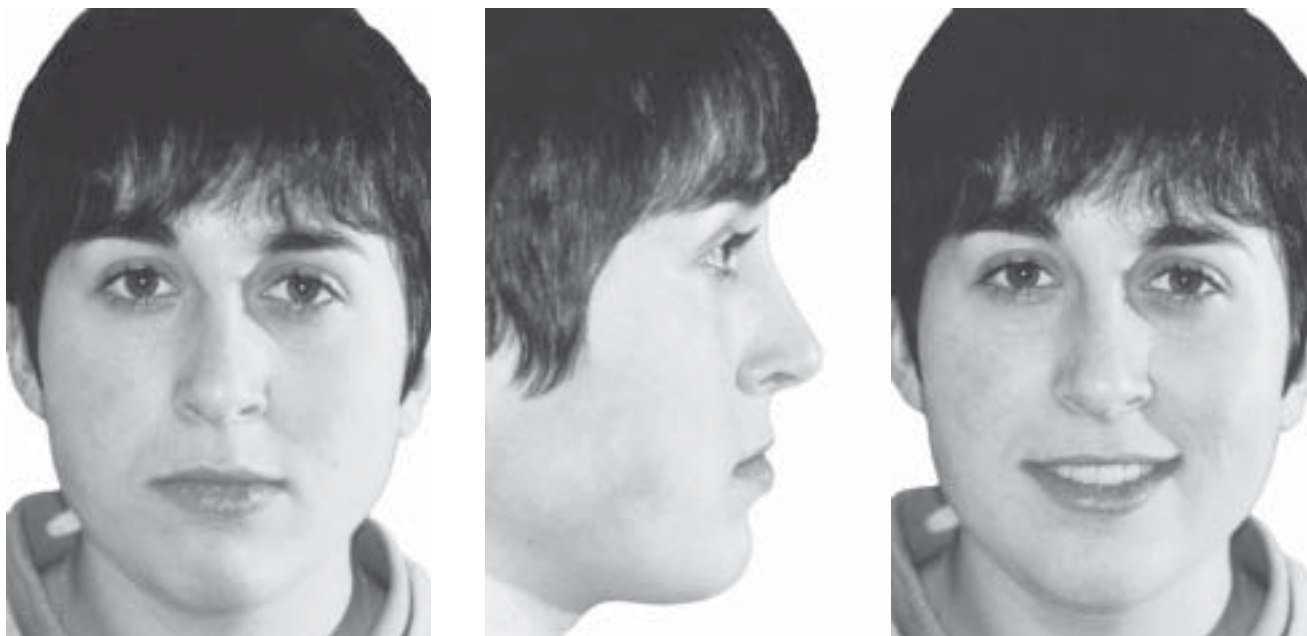
Frontal: cara simétrica. Tercio facial inferior aumentado. Buen sellado labial.

Perfil: dolicofacial, cóncavo. Labio inferior prominente.

Examen intraoral (Figs. 23-25)

No caries. Presencia de alguna restauración de amalgama.

Examen funcional: deglución normal. Buen sellado labial. Ningún síntoma de disfunción de la articulación temporomandibular.



Figs. 28-30. Aspecto facial de la paciente después del tratamiento: de frente en oclusión, de frente sonriendo y de perfil en oclusión.



Figs. 31-33. Aspecto intraoral de la paciente después del tratamiento: fotografías frontal y laterales.

Examen de modelos

Arcada maxilar: discrepancia oseodentaria de -10 mm. Falta de espacio para la erupción de los caninos.

Arcada mandibular: discrepancia oseodentaria de -5 mm. Desviación de la línea media dentaria hacia la derecha.

Oclusión sagital: Clase III molar derecha. Clase I molar izquierda.

Oclusión vertical: resalte invertido de 1 mm.

Oclusión transversal: compresión maxilar esquelética.

Objetivos de tratamiento y secuencia

1. Corrección transversal de la mordida cruzada poste-

rior mediante el empleo de un disyuntor rápido palatino tipo Hyrax durante 6 meses. (Figs. 26 y 27).

2. Compensación sagital de la Clase III esquelética mediante extracciones de segundos premolares superiores y primeros premolares inferiores.
3. Consecución de una oclusión y sobremordida aceptables mediante la colocación gingival de las brackets en la zona anterior y oclusal, en la zona posterior, y el empleo de elásticos triangulares intermaxilares.

Aparatología empleada

Se utilizó aparatología fija multibrackets de prescripción Roth ($0.022 \times 0.028''$) empleando técnica de desplazamiento para el cierre de espacios.

Retención

Uso de una placa de Hawley con tornillo de expansión en la arcada superior y retención fija de canino a canino inferior.

Descripción del resultado del tratamiento

A nivel esquelético, las superposiciones muestran un ligero adelantamiento del punto A.

A nivel dental, observamos una relación de Clase I molar y canina, con una buena interdigitación posterior con ligera desviación de la línea media inferior hacia la izquierda (Figs. 31-33).

A nivel estético presenta una cara simétrica con una ligera disminución de la concavidad del tercio medio inferior con un adecuado sellado y armonía labial. A nivel funcional no presenta ninguna alteración funcional aparente (Figs. 28-30).

BIBLIOGRAFÍA

1. Orts J. *Tesis de doctorado*. Facultad de Medicina. Universidad de Valencia 1983.
2. Canut J, Plasencia E, Asensi C. *La Estabilidad a largo plazo de los casos de Clase III tratados: un estudio de seguimiento*. Revista Española de Ortodoncia 1985; 15: 25-31.
3. Asensi C. *Tratamiento ortopédico en las Clases III: revisión de la literatura*. Revista Española de Ortodoncia 2000; 30: 11-22.
4. Proffit W, Phillips C, Douvartzidis N. *A comparison of outcomes and surgical-orthodontic treatment of Class II malocclusion in adults*. Am J Orthod 1992; 101: 556-65.
5. Mc Gregor F. *Social and psychological implications of dentofacial disfigurement*. Angle Orthod 1970; 40: 231-3.
6. Proffit W, Phillips C, Dann C. *Who seeks surgical-orthodontic?* Int J Adult Orthod Orthogn Surg 1990; 5: 153-60.
7. Handelman C. *The anterior alveolus: its importance in limiting orthodontic treatment and its influence on the occurrence of iatrogenic sequelae*. Angle Orthod 1996; 2: 95-110.
8. Ackerman J, Proffit W. *Soft tissue limitations in orthodontics: Treatment planning guidelines*. Angle Orthod 1997; 5: 327-36.
9. Proffit W. *Tratamiento quirúrgico y ortodóncico combinado*. En: Proffit W. Ed. española. *Ortodoncia, Teoría y práctica*. St Louis: CV Mosby 1994: 628-30.