



A. Vela Hernández

Tratamiento de una maloclusión de clase III de Angle en un adulto

Treatment of a class III Angle malocclusion in an adult patient

A. VELA HERNÁNDEZ*

Vitoria

RESUMEN: Se presenta un caso de maloclusión esquelética y dental de clase III de Angle, con apiñamiento y desviación de la línea media inferior. Se eligió una opción muy conservadora, tratándolo con aparatología fija y la extracción de un solo bicúspide inferior. Fue suficiente para conseguir una buena relación oclusal y mejorar la posición del labio inferior.

Este caso fue presentado en la XLIX Reunión de la Sociedad Española de Ortodoncia, formando parte de los requisitos necesarios para acceder a la condición de miembro diplomado.

PALABRAS CLAVE: Maloclusión clase III de Angle.

Abstract: A dental and skeletal class III malocclusion is presented, with crowding and lower middle line deviation, mandible retrusion, depth overbite, upper incisor retrusion and lower facial third reduction. Treatment of choice was fixed appliance, to improve posterior extrusion, clock-wise mandible rotation and elongate lower facial third, just at the end of growing.

This case was presented before the XLIX Reunión de la Sociedad Española de Ortodoncia in partial fulfillment of the requirements needed to become a diploma member of this society.

KEY WORDS: Class III malocclusion.



Figura 1. Fotografías extraorales iniciales (12/1999).

INTRODUCCIÓN

Caso de maloclusión esquelética y dental de clase III de Angle.

Se optó por tratarlo con aparatología fija y la extracción de un solo bicúspide inferior.

DESCRIPCIÓN DEL CASO

Paciente de sexo femenino de 29 años, que consulta por estética dental: percepción de *dientes torcidos*. Sin antecedentes clínicos de interés.

En el examen del cráneo y de la cara (fig.1) se observa: aspecto de progenie; simétrica; labio infe-



Figura 2. Fotografías intraorales iniciales (12/1999).

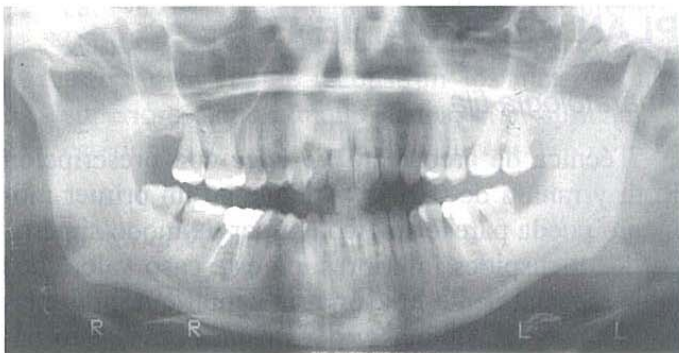


Figura 3. Ortopantomografía inicial (12/1999).

rior protruido en reposo. La articulación temporomandibular (ATM) no presenta alteraciones y es de fácil manipulación. El examen intraoral muestra: buena higiene; dentición completa; erupción sólo el cordal inferior derecho; mordida cruzada posterior izquierda; mutilación del 2.6 con cierre total del espacio; línea media inferior desviada 3 mm a la derecha; relación de clase I derecha y clase III completa izquierda; mordida cruzada anterior o borde a borde de todo el frente anterior, de 1.4 hasta 2.3 (fig. 2).

Estudio radiográfico y cefalométrico

Patrón mesofacial. Clase III de Angle esquelética leve. Agenesia de 1.8 y 3.8 (figs. 3 y 4).

Diagnóstico morfológico

Maloclusión de clase III dental grave y esquelética leve.

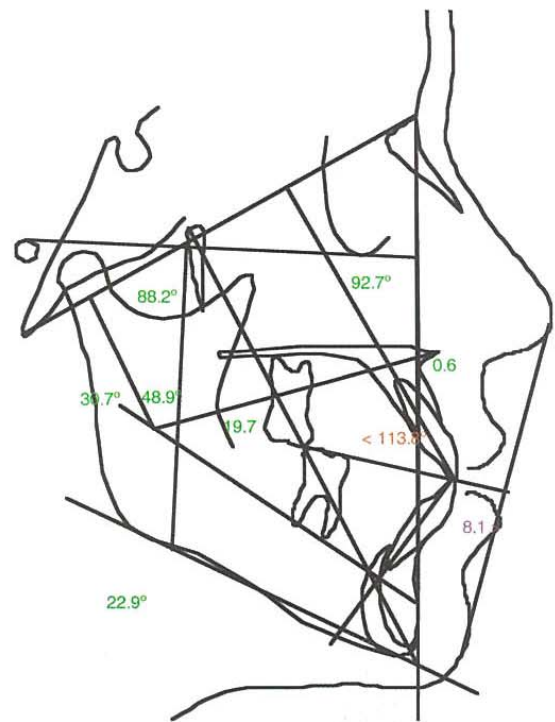


Figura 4. Trazado y valores cefalométricos iniciales (12/1999).

Modelo superior

Forma de V. Simétrica. Discrepancia de 1 mm. Pérdida antigua de 2.6 con cierre total del espacio. Presencia de 2.8 y ausencia de 1.8. Leve discrepancia de Bolton.

Modelo inferior

Forma de U. Discrepancia de 8 mm. Ausencia de 3.8.



Figura 5. Fotografías extraorales finales (06/2001).

Modelos en oclusión

Relación de clase I en el lado derecho. De clase III molar completa y canina dos tercios en el izquierdo. Mordida borde a borde, con 3.4, 3.3, 3.2, 3.1, 4.2, 4.3, y 4.4 en mordida cruzada. En zona posterior, 3.6 en mordida cruzada. Línea media inferior desviada 3 mm a la derecha.

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

1. *Estética facial y de la sonrisa*: mejorar la armonía facial retruyendo el labio inferior para disminuir la apariencia de prognie. Mantener la posición del frente anterosuperior aumentando la anchura en zona de premolares para ampliar la línea de la sonrisa.

2. *Oclusión*: conseguir una relación sagital de clase I molar y canina a expensas únicamente de la

arcada inferior, para mantener el frente anterior sin retruir, con correcta intercuspidadación y una adecuada oclusión estática y dinámica.

PLAN DE TRATAMIENTO

Aparatología fija

Técnica de arco recto *tip-edge* con prescripción Roth y ranura de 0,022". Aunque en un primer momento pueda parecer lógico extraer de modo simétrico dos bicúspides inferiores, en este caso valoramos muy especialmente la asimetría dental que presentaba la paciente. Además y por razones obvias, en pacientes adultos procuramos extraer aún menos que en pacientes en crecimiento, y con un buen control las extracciones asimétricas pueden resultar adecuadas. Pensamos que el espacio que nos proporcionaba la

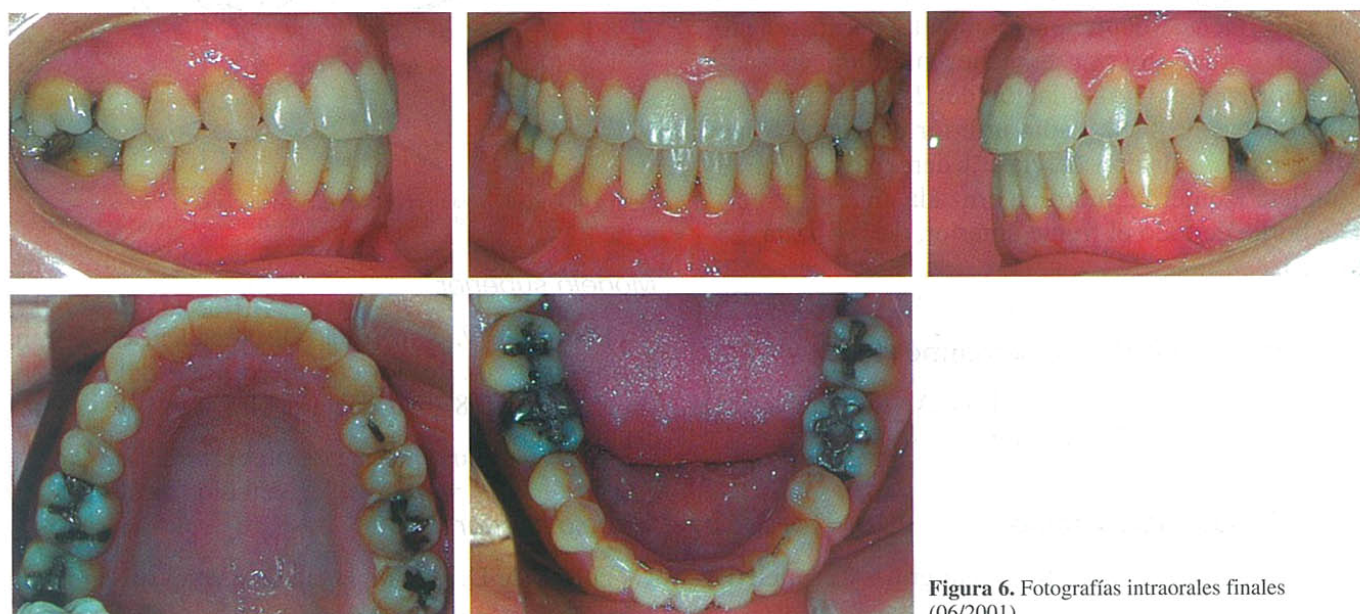


Figura 6. Fotografías intraorales finales (06/2001).

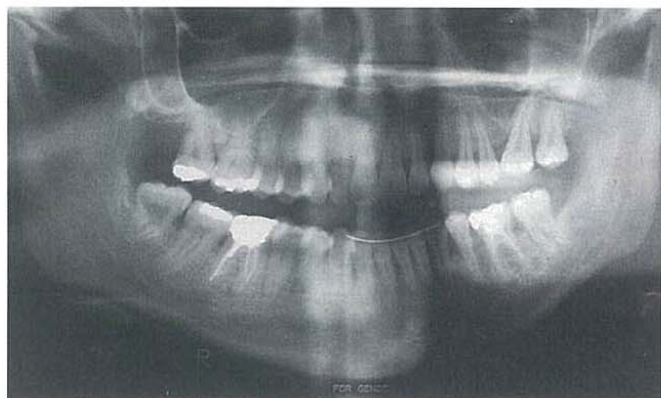


Figura 7. Ortopantomografía final (06/2001).

única extracción del 3.4 era suficiente como para corregir el apiñamiento, vencer la relación de clase III izquierda y centrar la línea media desviada. Ello exigía controlar de modo especial el anclaje en ese cuadrante, algo relativamente sencillo con nuestra técnica. Por otra parte, para compensar la discrepancia de Bolton optamos por realizar *stripping* en la arcada inferior en vez de reconstruir los incisivos laterales superiores, que aunque justos, eran suficientemente estéticos.

Retención prevista

Barra lingual fija inferior y planchas termomoldeables superior e inferior de uso nocturno.

Pronóstico

Bueno, por el buen estado periodontal, los tejidos blandos favorables y la actitud positiva de la paciente.

PROGRESO DEL CASO

La paciente presentaba también una lengua baja y protruída que requirió una larga reeducación postural. La excelente colaboración permitió alcanzar buenos resultados.

- 12/1999: doble arco nitinol 0,016" y australia no sp. 0,016" sin *tip-back*. Elásticos de clase III en lado izquierdo 24 horas y cruzado anterior nocturno.
- 03/2000: *stripping* anterior inferior. Nitinol 0,017 × 0,025" con cadenas.
- 06/2000: acero 0,021 × 0,027" superior con resortes de enderezamiento.
- 07/2000: nitinol 0,021 × 0,025" inferior.
- 09/2000: acero 0,021 × 0,027" inferior con resortes de enderezamiento. Sin elásticos.

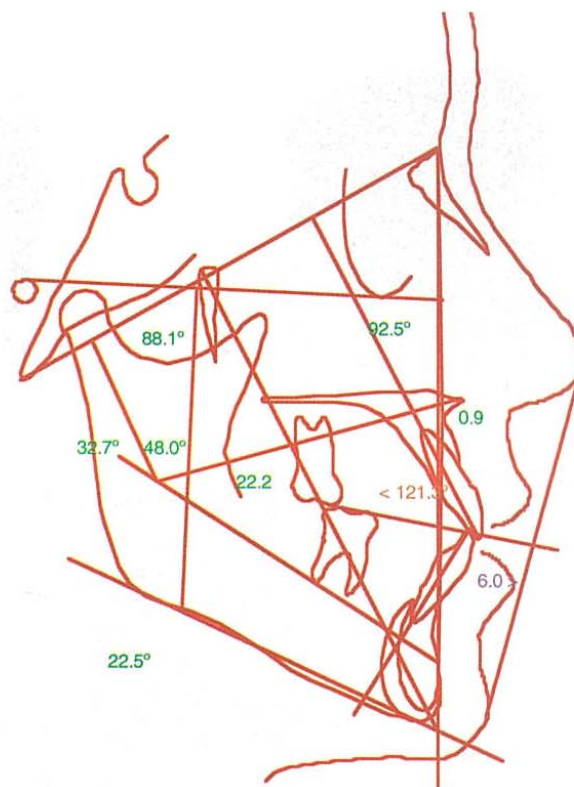


Figura 8. Trazado y valores cefalométricos finales (06/2001).

- 04/2001: nitinol 0,016".
- 06/2001: retirada de aparatología.

Tiempo total de tratamiento activo: 18 meses.

RESULTADOS OBTENIDOS

La estética facial y dental ha mejorado, consiguiendo armonizar el perfil, disminuyendo la proyección del labio inferior y logrando una sonrisa amplia y equilibrada. Igualmente, se han cumplido los objetivos oclusales estáticos y dinámicos (figs. 5-8).

RETENCIÓN

Barra lingual fija inferior y planchas termomoldeables superior e inferior de uso nocturno.

El tratamiento se ha mostrado muy estable al cabo de dos años (figs. 9 y 10).

EVALUACIÓN FINAL Y CONCLUSIONES

La disminución de material dentario en la arcada inferior nos ha permitido adecuar su forma a la de la



Figura 9. Fotografías extraorales a los dos años del fin del tratamiento (05/2003).

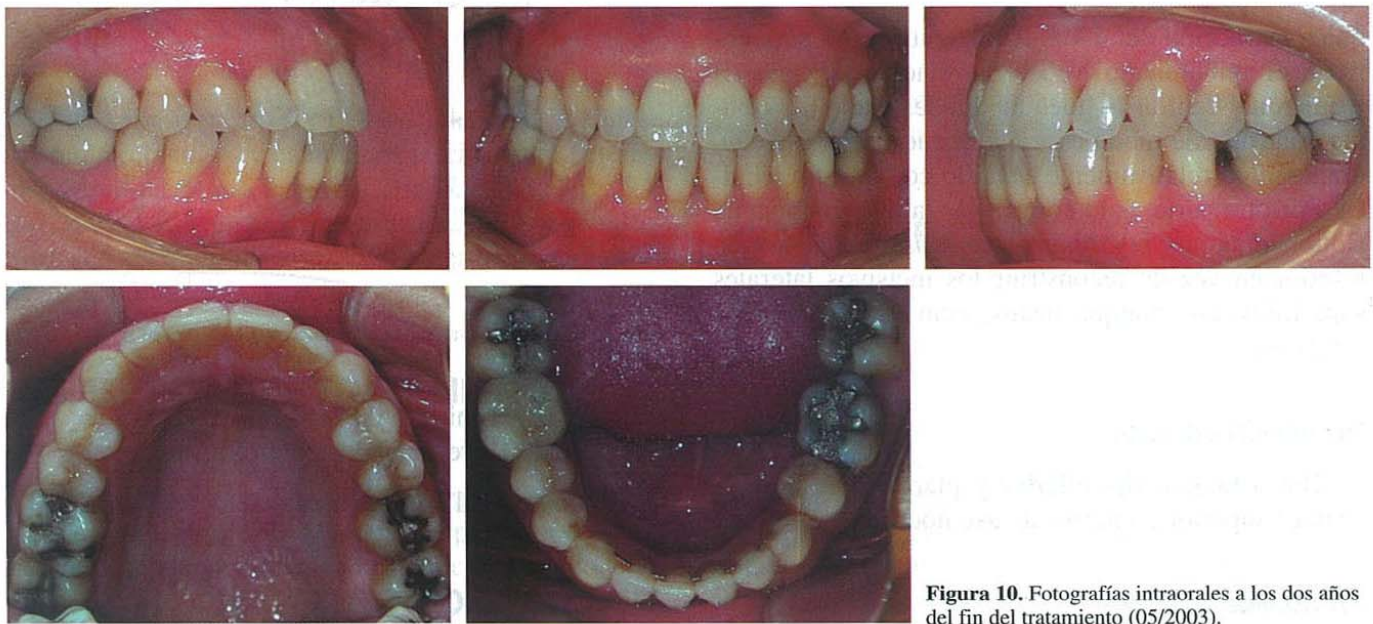


Figura 10. Fotografías intraorales a los dos años del fin del tratamiento (05/2003).



Figura 11. Superposición general.

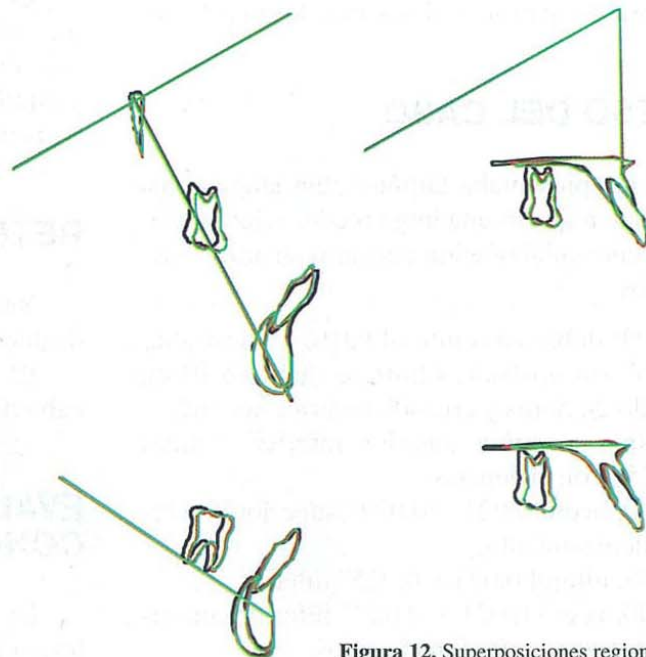


Figura 12. Superposiciones regionales.

arcada superior, consiguiendo una correcta relación oclusal. Además, hemos expandido levemente la arcada superior en la zona de los bicúspides, lo que ha aportado mayor amplitud a la sonrisa. Hemos conseguido que el aumento de arcada que esa expansión supone no se haya reflejado en una retrusión del frente anterior, lo que habría perjudicado al perfil, sino que se ha compensado por una ligera mesialización posterior izquierda, que era el lado más comprimido por la pérdida antigua del 2.6 (figs. 11 y 12). Optamos por no tratar la posición del 4.8, práctica-

mente sin oclusión y condenado a una probable extracción futura.

Con todo, la más apreciable mejoría se produjo en la expresión facial, con el cambio de la movilidad labial inferior.

Correspondencia:

ARTURO VELA HERNÁNDEZ.
Independencia, 14, 1.º.
01005 Vitoria. España.
E-mail: vela@infomed.es