



A. Vela Hernández

Tratamiento de una maloclusión severa de clase II división 2.^a de Angle en crecimiento

Treatment of a severe class II division 2 Angle malocclusion at the end of growing period

A. VELA HERNÁNDEZ*

Vitoria

RESUMEN: Se presenta el caso de una paciente adolescente en crecimiento, con maloclusión esquelética y dental severa de clase II división 2.^a de Angle, con retrusión mandibular, sobremordida profunda, linguoversión del grupo incisal superior y reducción del tercio facial inferior.

Se optó por tratarlo con aparatología fija, aprovechando el final del crecimiento para conseguir el máximo de extrusión posterior y con ello la posterorrotación mandibular y el aumento del tercio facial inferior.

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

PALABRAS CLAVE: Maloclusión clase II. Sobremordida profunda. Braquifacial.

ABSTRACT: A severe class II division 2 malocclusion is presented, with mandibular retrusion, deep 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 period.

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

KEY WORDS: Class II malocclusion. Deep bite. Brachifacial.

ANAMNESIS Y DESCRIPCIÓN CLÍNICA GENERAL

Motivo de la consulta

Paciente adolescente en crecimiento, que consulta (05/1996) por estética dental: percepción de *dientes torcidos*. Consciente de su problema y colaboradora. Sin antecedentes clínicos de interés.

Examen de cráneo y cara

Importante reducción del tercio facial inferior: cara corta. Aparente retrusión mandibular. Simétrica. Labios tensos. Perfil retrusivo.

ATM

Sin alteraciones. Fácil manipulación.

Examen intraoral

Buena higiene. Dentición mixta con retención de varios molares temporales anquilosados y en infraoclusión (fig. 1). Relación de clase II completa molar y canina bilateral. Sobremordida de 3/3.

En esta situación se decidió la exodoncia de los molares temporales anquilosados para acelerar el recambio. A los 11 meses (fig. 2) apareció la menarquia y se decidió empezar el tratamiento con aparatología fija.

*Doctor en Medicina y Cirugía. Estomatólogo. Ortodoncista. Práctica privada en Vitoria. España.

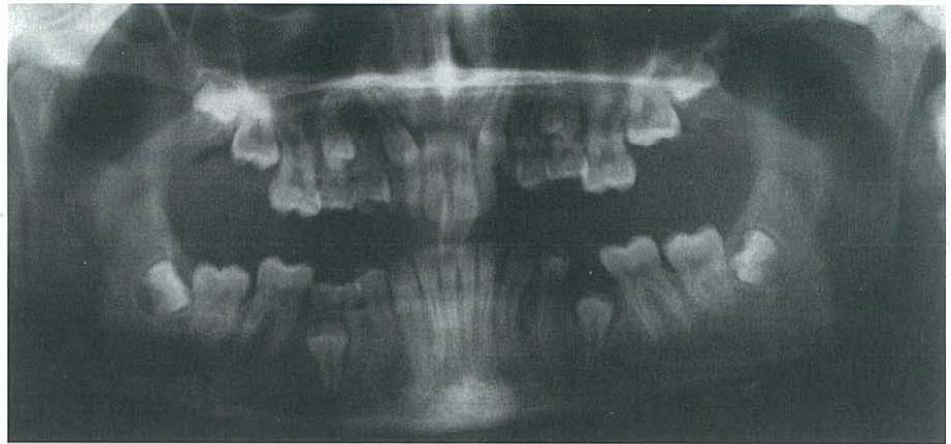


Figura 1. Ortopantomografía inicial (05/1996).

ESTUDIO RADIOGRÁFICO Y CEFALOMÉTRICO

Patrón braquifacial severo. Clase II de Angle esquelética (fig. 3).

DIAGNÓSTICO MORFOLÓGICO

Maloclusión de clase II esquelética y dental severa, en desarrollo.

Modelo superior

Simétrico. Linguoversión del grupo incisal. Sin discrepancia.

Modelo inferior

Diastemas interincisivos. Discrepancia positiva de 5 mm.

Modelos en oclusión

Relación de clase II molar y canina completa bilateral. Resalte de 4.5 mm. Sobremordida 3/3. Línea media inferior desviada a la derecha 0,5 mm.



Figura 2. Fotografías extra e intraorales iniciales (04/1997).

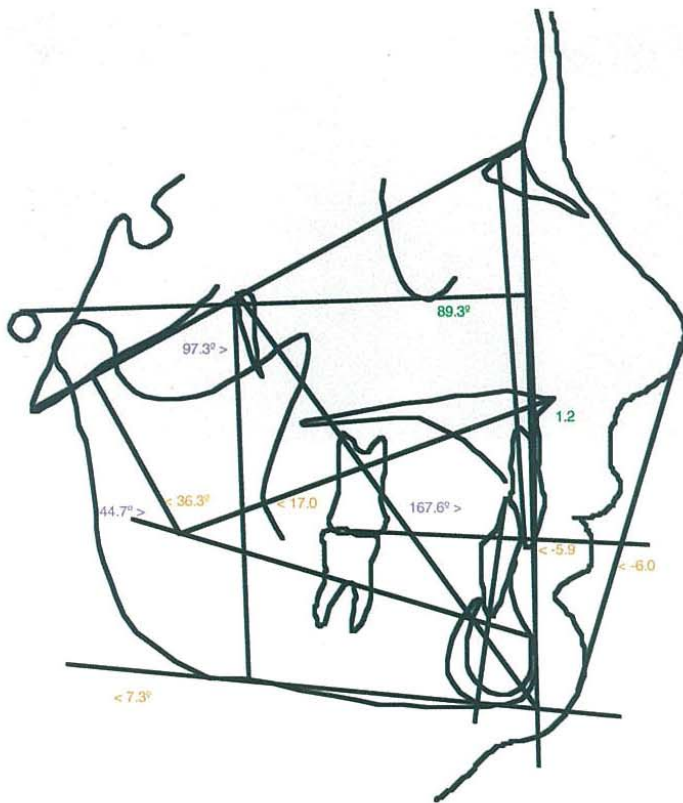


Figura 3. Trazado y valores cefalométricos iniciales (05/1996).

OBJETIVOS DEL TRATAMIENTO

1. Estética facial y de la sonrisa: mejorar la armonía facial aprovechando el período de crecimiento en que se encuentra la paciente, sobre todo aumentando el tercio facial inferior. Proporcionar torque a los incisivos superiores será la clave de la estética de la sonrisa. Evitar en lo posible la retrusión de la arca superior.

2. Oclusión: conseguir una relación sagital de clase I molar y canina, 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".

Retención prevista

Hawley modificado inferior y férula de descarga superior.

Pronóstico

Aceptable, por el período de crecimiento activo y la actitud positiva de la paciente. La gravedad del caso y el patrón de crecimiento lo ensombrecían algo.

PROGRESO DEL CASO

La gran linguoversión de los incisivos inferiores, junto al patrón braquifacial severo, nos impidió utilizar desde el principio un plano de mordida anterior, que hubiera sido lo ideal. Habitualmente utilizamos topes oclusales adheridos a la cara lingual de ambos incisivos centrales superiores, que presentan al contacto con el borde incisal de los incisivos inferiores un plano horizontal. Esto es esencial para evitar que la mandíbula tienda a retruirse, con los consiguientes problemas articulares que se podrían generar. En casos tan graves como éste, basta una apertura mínima para alejar el borde incisal inferior del contacto con los topes, por efecto de la rotación mandibular. Por esta razón se empezó con levantes de mordida posteriores mientras comenzaba la nivelación de la curva de Spee, para permitir la apertura de la mordida y el uso de elásticos. A los pocos meses la posición del

incisivo inferior había cambiado ya lo suficiente como para que los topes oclusales fueran efectivos y acelerar así la extrusión de los sectores posteriores. Los últimos 12 meses de tratamiento fueron dedicados a dar torque adecuado al grupo anterosuperior, que fue lo más costoso.

05/1997: doble arco nitinol 0,016" y australiano sp 0,016" con *tip-back*. Elevaciones de mordida posteriores y elásticos de clase II suaves (2 oz.).

09/1997: cambiar elevaciones posteriores por topes oclusales anteriores. Elásticos de clase II suaves (2 oz.).

12/1997: nitinol 0,021 × 0,025". Elásticos de clase II suaves (2 oz.).

02/1998: acero 0,021 × 0,027" con resortes de enderezamiento y auxiliar de torque superior. Elásticos de clase 2 fuertes (4 oz.).

01/1999: auxiliar de torque individual para el 2.3.
06/1999: nitinol 0,016". Elásticos laterales de ajuste suaves.

08/1999: retirada de aparatología.

Tiempo total de tratamiento activo: 27 meses.

RESULTADOS OBTENIDOS

La estética facial y dental ha mejorado ostensiblemente (fig. 4), se consiguió armonizar el perfil, aumentar de modo importante el tercio facial inferior (figs. 5 y 6) y lograr una sonrisa amplia y equilibrada. Igualmente se han cumplido los objetivos oclusales estáticos y dinámicos.



Figura 4. Fotografías extra e intraorales finales (08/1999).



Figura 5. Ortopantomografía final (08/1999).

RETENCIÓN

Hawley modificado inferior y férula de descarga superior.

EVALUACIÓN FINAL Y CONCLUSIONES

Al hacer coincidir el tratamiento con un momento de crecimiento importante, hemos conseguido

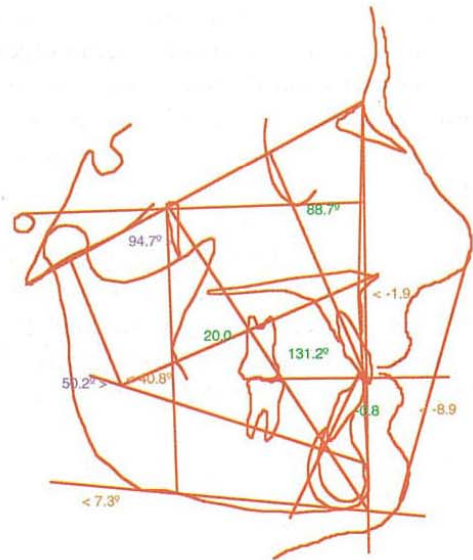


Figura 6. Trazado y valores cefalométricos finales (08/1999).

aprovecharlo en una dirección más favorable. Para evitar la recidiva, muy previsible debido a la tensión muscular y mantener esa relación oclusal, pensamos que era conveniente colocar una férula de descarga.



Figura 7. Fotografías intra y extraorales a los 3 años del fin del tratamiento (04/2003).



Figura 8. Superposición general.

De hecho los resultados se han mostrado bastante estables al cabo de 3 años (fig. 7). La mejoría en el perfil no sólo es producto del crecimiento mandibular, sino del importante aumento del tercio inferior gracias a la extrusión de los sectores posteriores (figs. 8 y 9).

Correspondencia:

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

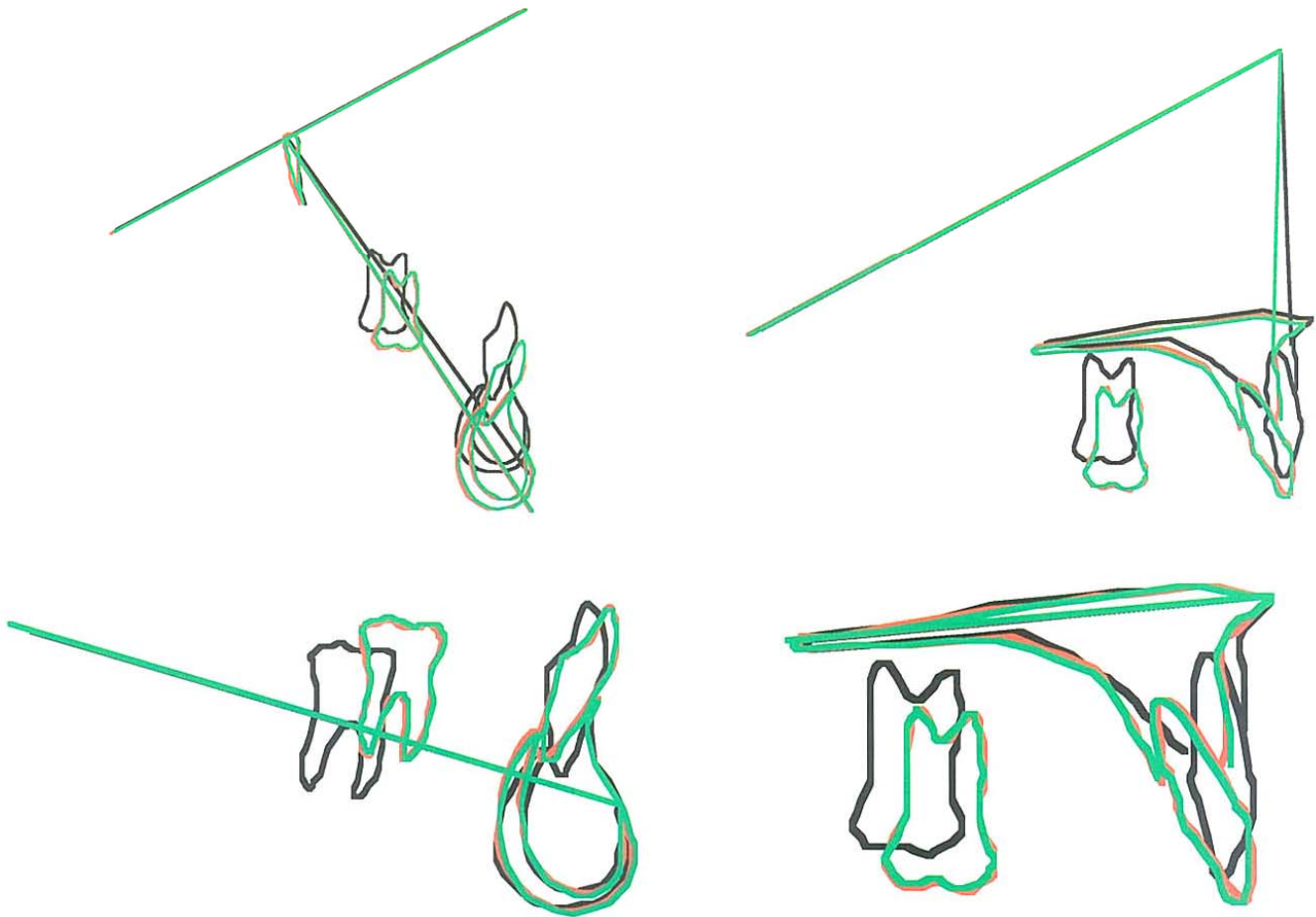


Figura 9. Superposiciones regionales.