

Camuflaje ortodóncico de clase III con mordida abierta anterior: Reporte de un caso

García-Solano Mauro,* Hernández-Contreras Carolina,**

Nolasco-Delint María Reyna Stefania,** Figueroa-Morales Héctor N,* Adel-Rivera Jesús Fernando**

* Docente de la Maestría en Ciencias Estomatológicas en Ortodoncia.

** Alumno de la Maestría en Ciencias Estomatológicas en Ortodoncia.

Benemérita Universidad Autónoma de Puebla.

Correspondencia:
Mauro García-Solano

Correo electrónico:
drgarciaorthodontist@hotmail.com

Recibido: Octubre 2011.
Aceptado: Marzo 2012.

Resumen

El camuflaje ortodóncico es una alternativa viable para el tratamiento de discrepancias esqueléticas de leves a moderadas de las estructuras maxilares, el objetivo terapéutico es corregir la maloclusión al tiempo que se intenta disimular el problema esquelético. En este artículo presentamos el camuflaje de una clase esquelética III por prognatismo mandibular, con mordida abierta anterior como consecuencia de un hábito lingual.

El diagnóstico dental fue clase molar I derecha, III izquierda, clase canina III derecha, III izquierda, overjet -1 mm, openbite de 3 mm, apiñamiento superior de -5 mm, línea media inferior desviada 1 mm hacia la derecha. El plan de tratamiento fue conservador, el cual se ha realizado sin extracciones, a excepción de los terceros molares; se uso de trampa lingual y elásticos intermaxilares para el cierre de mordida. Se ha obtenido una adecuada relación oclusal y buenos resultados estéticos.

El objetivo de este artículo fue mostrar que el camuflaje ortodóncico para discrepancias esqueléticas leves es una buena opción, cuando el paciente por diversas razones no acepta el tratamiento ortodóncico-quirúrgico.

Palabras clave: Camuflaje ortodóncico, maloclusión clase III, mordida abierta.

Abstract

Orthodontic camouflage is a viable alternative for the treatment of mild to moderate maxillary skeletal discrepancies; the therapeutic goal is to correct the malocclusion at the time was trying to conceal the skeletal problem. In this article we present the camouflage of a skeletal class III by mandibular prognathism, with an anterior open bite as a result of tongue habit.

The diagnostic was molar class right I, left III, canine class right III, left III, overjet - 1 mm, openbite 3 mm, dental skeletal discrepancies of - 5 mm, openbite, lower midline diverted 1 mm to the right. The treatment plan was conservative (without extractions, with the exception of third molars); lingual trap and intermaxillary elastics were used to correct openbite. It has obtained an appropriate occlusal relationship and good facial aesthetic.

The aim of this article was to prove that orthodontic camouflage for mild skeletal discrepancies is a good alternative when patients, for many reasons, do not accept orthodontic-surgical treatment.

Key words: Orthodontic camouflage, class III, malocclusion, open bite.

Introducción

La maloclusión esquelética se presenta cuando hay una desproporción en el tamaño o en la posición de los maxilares.^{1,2} En pacientes con maloclusión esquelética clase III se puede encontrar un crecimiento excesivo mandibular, un deficiente crecimiento en el maxilar o una combinación de ambas.

Proffit señala tres posibilidades de tratamiento para pacientes con tales características esqueléticas:

- a) Modificación del crecimiento.
- b) Camuflaje de la discrepancia maxilar esquelética.
- c) Cirugía ortognática.³

El camuflaje ortodóncico es una alternativa viable para el tratamiento de discrepancias esqueléticas de leves a moderadas de las estructuras maxilares, el objetivo terapéutico es corregir la maloclusión al tiempo que se intenta disimular el problema esquelético.^{4,5}

Los candidatos ideales para este tratamiento tendrían las siguientes características: clase III esquelética leve, edad en la que no es posible modificar su crecimiento, alineación dental razonablemente buena, buenas proporciones faciales verticales. La estrategia ortodóncica para el camuflaje de una maloclusión Clase III se lleva a cabo mediante la proinclinación de los incisivos superiores y la retroinclinación de los incisivos inferiores con la finalidad de obtener un sobremordida adecuada.^{4,6,7}

Se pueden encontrar otros problemas dentales asociados en este tipo de maloclusión, como mordida abierta anterior, la cual se define como la falta de superposición vertical de los incisivos superiores e inferiores. La etiología es multifactorial, incluyendo: hábitos orales, fuerzas oclusales, herencia, succión digital, patrones de crecimiento no favorables, hipertrofia adenoidea con respiración bucal, entre otros, y puede producir dificultades en el habla, la deglución, masticación y la estética.^{8,9}

El ortodoncista debe reconocer las limitaciones de un tratamiento puramente ortodóncico y tomar en cuenta que siempre en un diagnóstico con discrepancia esquelética, el tratamiento ideal es la cirugía ortognática para obtener excelentes resultados.¹⁰

El paciente debe estar al tanto de los alcances, limitaciones y compromisos que implica el tratamiento de camuflaje, ya que los cambios serán únicamente dentales con poco o ningún cambio en la estética facial.¹¹

Descripción del caso

Paciente femenino de 12 años, el motivo de consulta fue "por mis dientes chuecos". En el examen extraoral inicial se observa una cara ovalada con patrón de crecimiento vertical, tipo facial prognático, perfil labial cóncavo, depresión del tercio medio, hábito de lengua (Figura 1).

En el examen intraoral inicial se observó clase molar I derecha y III izquierda, clase canina III derecha y III izquierda, overjet -1 mm, openbite de 3 mm, apiñamiento superior de -5 mm, inferior nulo, línea media inferior desviada 1 mm hacia la derecha. En la radiografía panorámica podemos observar múltiples órganos dentarios con raíces cortas, ápices redondeados y presencia de los gérmenes dentarios de los terceros molares superiores e inferiores (Figura 2).

El análisis cefalométrico confirma una clase esquelética III responsiva mandibular, patrón de crecimiento vertical, proinclinación de los incisivos superiores e inferiores (Figura 3 y Cuadro 1).

Plan de tratamiento

Retroinclinación de los incisivos inferiores, extruir y proinclinación de los incisivos superiores para alcanzar una adecuada sobremordida, así como un overjet positivo. No se incluyen extracciones, por lo que se consideró seguir las etapas tradicionales de tratamiento; alineación, nivelación, torque, terminado y retención; así como la cirugía de los terceros molares tanto superiores como inferiores al finalizar el tratamiento.



Figura 1. Fotografías extraorales y radiografía lateral de cráneo.



Figura 2. Fotografías intraorales.



Figura 3. Radiografía lateral con trazos cefalométricos.

Cuadro 1. Valores cefalométricos del paciente.

Ángulo	Valor
SNA	81°
SNB	82°
ANB	-1°
IMPA	88°
Incisivo-PP	69°
Ángulo interincisal	128°
Ángulo del plano mandibular	38°
Eje facial	84°

Progreso del tratamiento

Se colocó aparatología ortodóncica fija de prescripción MBT slot 0.022", trampa lingual, en la primera etapa se utilizó arco Ni-Ti .014" superior e inferior.

En la tercera y cuarta citas se utilizaron elásticos clase III y trapecoidal anterior (5/16 con 4 oz), logrando excelentes resultados obteniendo un overjet de 2 mm, con overbite del 10% (Figura 4).

En las citas posteriores se empleó arco Ni-Ti 0.016" superior, y acero 0.016" inferior con cadena cerrada del O.D. 37 al O.D. 47 y elásticos verticales posteriores. En las citas subsiguientes se usaron arcos de Ni-Ti 0.019"x0.025" con elásticos triangulares, y arco 0.019"x0.025" de acero inoxidable con ganchos soldados en ambas arcadas, para el terminado.

El tratamiento tuvo una duración de 12 meses, utilizando como retención placas tipo Hawley, a la placa superior se le agregó trampa lingual. Se recomendó la extracción de los terceros molares de ambas arcadas.

Resultados

Se cumplieron los objetivos planteados, a pesar de que la corrección fue solamente dental y no esquelética, el paciente obtuvo un buen resultado dental, funcional y estético.



Figura 4. Fotografías intraorales durante tratamiento.



Figura 5. Fotografías extraorales postratamiento.

El perfil del paciente tuvo una leve mejoría, resultando más recto, con una mayor proyección del labio superior (*Figura 5*).

Con este tratamiento se logró una oclusión adecuada, obteniendo clase canina clase I bilateral, buen asentamiento posterior, línea media inferior centrada, overjet y overbite positivo, como resultado del cierre de mordida abierta anterior. En la radiografía panorámica final se puede observar el paralelismo radicular (*Figura 6*).



Figura 6. Fotografías intraorales y radiografía panorámica después del tratamiento.



Figura 7. Radiografía lateral de cara postratamiento.

Cuadro 2. Valores cefalométricos postratamiento.

Ángulo	Valor
SNA	82°
SNB	82°
ANB	0°
IMPA	85°
Incisivo-PP	61°
Ángulo interincisal	129°
Ángulo del plano mandibular	38°
Eje facial	84°

Según los trazos realizados en la radiografía lateral de cráneo, se puede observar la modificación en el perfil de cóncavo a recto, logrando un cambio en los valores de los ángulos: SNA (de 81° a 82°), ANB (de -1° a 0°) (*Figura 7 y Cuadro 2*).

Al analizar los resultados logrados en el caso clínico, se muestran las posibilidades de aplicar el tratamiento de camuflaje en pacientes con patrón de crecimiento vertical, obteniendo una mejora en el perfil.

El uso de elásticos clase III, trapezoidal anterior y trampa lingual, es eficaz para la corrección de la mordida abierta anterior en un paciente con discrepancia clase III.

El camuflaje ortodóncico sólo podrá ser realizado en discrepancias esqueléticas leves te-

niendo en cuenta las limitaciones de dicho procedimiento, la base está en el adecuado diagnóstico y un buen plan de tratamiento, es importante identificar las áreas donde pudiera haber mayor recidiva para sobretratarlas, con el objeto de lograr una mayor estabilidad a corto y largo plazo.

Referencias bibliográficas

1. Mc Gregor FC. Social and psychological implications of dentofacial disfigurement. *Angle Orthod.* 1970; 40: 231-6.
2. Sadao S. Case report: Developmental characterization of skeletal class III malocclusion. *The angle Orthodontist.* 1994; 64(2): 105-11.
3. Proffit WR, 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.
4. Burns, et al. Class III camouflage treatment. What are the limits? *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2010; 137: 9.e1-9.e13.
5. Proffit W. *Ortodoncia contemporánea.* 4a. Ed. Edit. Elsevier Mosby; p. 299-311.
6. Rey MD, et al. Camouflage of moderate class III malocclusions with extraction of lower second molars and mandibular cervical headgear. *Prog in Orthod.* 2007; 8(2): 300-7.
7. Battagel JM, Orton HS. Maloclusión clase III: una comparación de "Class III malocclusion: a comparison of extraction and non-extraction techniques" extracción y las técnicas de extracción n. *J Euros Orthod.* 1991; 13: 212-22
8. Ellis E, Mc Namara J. Components of adult class III open-bite malocclusion. *Am J Orthod.* 1984; 86(4): 277-290.
9. López-Gavito G, Wallen TR, Wallen RM, Little DJ. Anterior open-bite malocclusion: A longitudinal 10 year postretention evaluation of orthodontically treated patients. *AJO-DO.* 1985; 87(3): 175-86.
10. Lemoine C, Reyes P. Tratamiento no quirúrgico para clase III con mordida abierta mediante la extracción de primeros molares inferiores. *Revista Nacional de Odontología.* 2010; 2(X): 19-24.
11. Rey D, Correa I. Caso clínico interdisciplinario de camuflaje ortodóncico-protésico. *Revista CES Odontología.* 1999; 12(1): 70-4.