

Tratamiento temprano en pacientes con maloclusión clase III. Reporte de una serie de casos

Early treatment in patients with malocclusion class III: case series report

Tratamento precoce em doentes com maloclusão de classe III. Relatório de uma série de casos

José Eduardo Orellana-Centeno^{1,2,3}

Recibido: 30 de noviembre de 2021

Aprobado: 17 de mayo de 2022

Publicado: 1 de junio de 2022

Cómo citar este artículo:

Orellana-Centeno JE. Tratamiento temprano en pacientes con maloclusión clase III. Reporte de una serie de casos. Revista Nacional de Odontología (2022); 18(1), 1-13. doi: <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2022.01.10>

Reporte caso. <https://doi.org/10.16925/2357-4607.2022.01.10>

¹ Universidad de la Sierra Sur, Instituto de Investigación Sobre Salud Pública, Licenciatura en Odontología, Guillermo Rojas Mijangos s/n, esq. Av. Universidad, C.P. 70800, Miahuatlán de Porfirio Díaz, Oaxaca, México.

Correo electrónico: jeorellano@unsis.edu.mx

² Estudiante de la especialidad en bioética, Unidad Académica de Filosofía de la Universidad Autónoma de Zacatecas.

³ Doctorado en Educación, Universidad Abierta de San Luis Potosí.



Resumen

Introducción: Existen dentro del estudio de la maloclusión clase III diversos términos, uno de los más empleados en la actualidad es el descrito por Moyers. Él describió la relación molar de clase III y mordida cruzada anterior y además clasifica la clase III como esquelética o verdadera, muscular o falsa y dentaria.

Materiales y métodos: La selección de pacientes para el presente estudio envuelve la evaluación de todos los pacientes vistos en la práctica odontopediátrica de la consulta de Servicio Social en la Clínica de Odontopediatria a Nivel Pregrado de la Facultad de Odontopediatria de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Los pacientes que se presentaron exhibieron algunas características de desarrollo prognático mandibular. Se procedió a colocar resina en los dientes anterosuperiores, previo diagnóstico y verificación que cumplía con los criterios de inclusión.

Resultados: Los pacientes modificaron su oclusión, reorientación del cierre mandibular, de un primer paso de quedar mordida borde a borde hasta una oclusión reorientada.

Discusión: para el tratamiento interceptivo de la maloclusión Pseudo clase III, el reto se dirige a la reorientación del cierre mandibular, la eliminación de contactos oclusales prematuros y la corrección de la maxilo-mandibular.

Conclusión: Los cambios faciales, dentales y esqueléticos fueron basados en medidas cefalométricas, y observaciones clínicas de los pacientes, se buscó el tratamiento más conservador, menor tiempo de elaboración, en una visita al consultorio y sin riesgo alguno de problema de mordida abierta

Palabras clave: maloclusion clase III, resina, tratamiento temprano.

Abstract

Introduction: There in the study of Class III malocclusion various terms, one of the most currently used is that described by Moyers, who described the class III molar relationship and anterior crossbite and also classified as Class III skeletal or true muscle or false teeth.

Materials and Methods: Patient selection for this study involves the evaluation of all patients seen in practice dentist consultation of Social Services at the Clinic of Pediatric Dentistry Level Undergraduate Faculty of Pediatric Dentistry of the Universidad Autonoma de San Luis Potosí patients had exhibited some features of development prognathism. He proceeded to place the resin in anterior teeth, and verification prior diganostico met the inclusion criteria.

Results: The patients modified their closure, reorientation of jaw closure, the first step of getting bitten up edge to edge occlusion redirected.

Discussion: Basically, interceptive treatment of malocclusion Pseudo Class III, the challenge is directed to the reorientation of jaw closure, removal of occlusal contacts and the correction of maxillo-mandibular.

Conclusion: The changes facial, dental and skeletal cephalometric measurements were based on, and clinical observations of patients seeking treatment are more conservative, less processing time in an office visit and no risk of open bite problem.

Keywords: Class III malocclusion, Early treatment, Resin

Resumo

Introdução: Existem vários termos no estudo da má oclusão de classe III, um dos mais utilizados atualmente é o descrito por Moyers. Ele descreveu a relação molar de classe III e mordida cruzada anterior e ainda classifica a classe III como esquelética ou verdadeira, muscular ou falsa e dental.

Materiais e métodos: A seleção dos pacientes para o presente estudo envolve a avaliação de todos os pacientes atendidos na prática de odontopediatria da consulta de Serviço Social da Clínica de Odontopediatria do Nível de Graduação da Faculdade de Odontopediatria da Universidade Autônoma de São Luís. Potosí. Os pacientes que se apresentaram apresentaram algumas características do desenvolvimento prognático mandibular. A resina foi colocada nos dentes anteriores superiores, após diagnóstico e verificação de que atendia aos critérios de inclusão.

Resultados: Os pacientes modificaram sua oclusão, reorientação do fechamento mandibular, de um primeiro passo de ser mordido borda a borda para uma oclusão reorientada.

Discussão: para o tratamento interceptivo da má oclusão Pseudo classe III, o desafio está direcionado para a reorientação do fechamento mandibular, a eliminação dos contatos oclusais prematuros e a correção do maxilo-mandibular.

Conclusão: As alterações faciais, dentárias e esqueléticas foram baseadas em medidas cefalométricas, e observações clínicas dos pacientes, procurou-se o tratamento mais conservador, o menor tempo de processamento, em uma visita ao consultório e sem nenhum risco de problemas de mordida aberta.

Palavras-chave: má oclusão de classe III, resina, tratamento precoce.

1. Introducción

Las maloclusiones son consideradas como el tercer problema odontológico de salud pública. Por eso es importante diagnosticar e intervenir de manera temprana estas alteraciones en la cavidad bucal (1).

Existen dentro del estudio de la maloclusión clase III diversos términos, uno de los más empleados en la actualidad es el descrito por Moyers (2). Él describió la relación molar de clase III y mordida cruzada anterior y clasifica la clase III como esquelética o verdadera, muscular o falsa y dentaria. Raskosi (3) considera a la pseudoclase III como clase III por interferencia oclusal. La pseudo clase III se desarrolla en infantes como resultado de la presencia de contactos oclusales prematuros los cuales resulta en un desplazamiento anterior de la mandíbula (4).

Los pacientes con maloclusión clase III reciben tratamientos como pueden ser corrección de cirugía maxilofacial y ortodóntica, pero la mayoría no reciben tratamiento hasta que el crecimiento activo está completo (5). El diagnóstico temprano de la maloclusión clase III en la etapa de formación es debido a un potencial genético predeterminado (6).

El propósito de este artículo es enfatizar un diagnóstico temprano y un posible tratamiento de maloclusiones clase III y sus patologías asociadas. Se han empleado diversos términos, acuñados por diferentes autores para describir las anomalías dentales que actualmente se conoce como clase III. Así como Raskosi y Moyers quien describe la maloclusión de clase III con sus características que le permite adicionalmente clasificarla como esquelética o verdadera, muscular o falsa y dentaria.

El uso de pistas planas es parte de la aparatología de ortopedia para la corrección de mordida profunda y clases II, normalmente realizadas con acrílico de manera indirecta. El uso de resina en la cara oclusal de los dientes se puede simular de dichas pistas planas y es una técnica directa de las pistas planas. Tomado de este ejemplo, se utiliza la resina para recuperar la anatomía y realizar un plano inclinado con resina y poder corregir el problema de maloclusión clase III.

Clasificación clase III:

Verdadera:

Pueden ser por una alteración en tamaño y/o posición de las bases óseas. Con alteración de forma de la mandíbula y/o maxilar superior

Falsa:

Adquirida, muscular o postural, influenciada por factores ambientales (7).

Raskosy: Considera dentro de su clasificación a la pseudo clase III como clase III por interferencia oclusal

Una maloclusión de clase III durante el crecimiento constituye uno de los retos más difíciles con los que se puede encontrar el clínico que hace ortodoncia. Si se dejan sin tratar, las maloclusiones clase III pueden empeorar, acabando en la mayoría de casos con intervenciones de cirugía ortognática una vez llegada a la edad adulta (8).

Características morfológicas de clase III y Pseudo clase III.

Diagnóstico diferencial

Características morfológicas a tomar en cuenta para el diagnóstico diferencial entre los pacientes clase III y pseudo clase III, por lo que antes de plantear un tratamiento es importante conocer el diagnóstico diferencial entre estos dos tipos (9).

Pseudo clase III

Cuando se lleva a relación céntrica los incisivos llegan borde a borde (10).

- Tamaño normal de mandíbula.
- En relación céntrica el perfil del paciente se observa recto y ligeramente cóncavo en posición de descanso.
- Relación normal clase I o clase III.
- Incisivos superiores están retroinclinados, los incisivos inferiores pro inclinados o en posición normal.

Clase III Verdadera

Algún grado de herencia familiar

- Base de cráneo anterior corta
- Retrognatismo o micrognatismo del maxilar superior
- Diferencia de tamaño y posición del maxilar superior e inferior (11).

Características faciales:

El surco mento-labial aplanado es propio de la clase III, al igual que el perfil cóncavo, el tercio medio deprimido, por falta de desarrollo de los huesos malar y maxilar (12).

2. Materiales y métodos

La selección de pacientes para el presente estudio envuelve la evaluación de todos los pacientes vistos en la práctica odontopediátrica de la consulta de Servicio Social en la Clínica de Odontopediatria a Nivel Pregrado de la Facultad de Odontopediatria de la Universidad Autónoma de San Luis Potosí. Se presentan dos casos para presentar el tratamiento en estos pacientes. Los pacientes que se presentaron exhibieron algunas características de desarrollo prognatismo mandibular, de primera vista, posterior al diagnóstico. Se tomaron los siguientes criterios de inclusión para participar en el protocolo, previa elaboración de Historia Clínica, solicitud de realizar estudios radiográficos, toma de modelos y fotografías, además de carta de consentimiento informado autorizando los padres de familia o tutor del paciente.

Criterio de selección:

- Mordida cruzada anterior completa o al menos una relación incisal borde a borde.
- Pacientes libres de caries.
- Paciente entre 4 y 8 años de edad al menos al inicio del tratamiento.
- Actitud positiva para lograr participación del tratamiento

3. Reporte de caso

Con el diagnóstico dental de Pseudo Clase III y herramientas como una imagen fotográfica que servirá para ver el avance del tratamiento en los pacientes, se colocó en

los cuatro dientes anterosuperiores 2mm de resina 3M en cada uno de los pacientes con el propósito de levantar la mordida y de esta manera corregir el deslizamiento anterior de la mandíbula, para así eliminar la mordida cruzada anterior y corregir maloclusión Pseudo Clase III

Caso 1

Paciente del sexo masculino con 4 años de edad, se presentó a consulta por problemas en su mordida, se realizó su revisión, elaboración de Historia Clínica y toma de fotografías extraorales para su diagnóstico



Figura 1. Fotografía inicial.

Fuente: elaboración propia

Con diagnóstico dental de Pseudo Clase III además presenta mordida cruzada anterior (figura 1), por lo cual se procedió a colocar resina en los cuatro dientes anterosuperiores 2mm de resina.

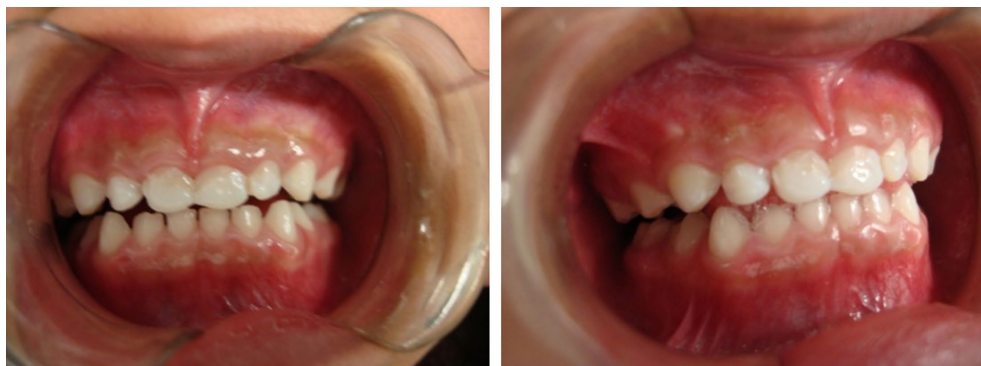


Figura 2. Fotografía avance (cuarto mes)

Fuente: elaboración propia

Con la colocación de resina se nota un cambio en su cavidad bucal desde levantar su mordida, así como también mejorar su oclusión, corrección de su deslizamiento anterior y eliminación su mordida cruzada anterior, esto se logró después de cuatro meses (figura 2).

Caso 2

Paciente sexo femenino de 5 años de edad, se presentó a consulta por problemas de oclusión, se realizó revisión y elaboración de Historia Clínica.



Figura 3. Fotografía inicial.
Fuente: elaboración propia

Con diagnóstico dental de Pseudo Clase III, además presenta mordida cruzada anterior (figura 3) es un caso menos marcado a diferencia del anterior por lo cual tiene un pronóstico más favorable al momento de iniciar el tratamiento. Se procedió a colocar resina en los cuatro dientes anterosuperiores 2mm de resina.



Figura 4. Fotografía de avance (tres meses).
Fuente: elaboración propia

Se colocó resina en los cuatro dientes anteriores anterosuperiores, reconstruyendo los dientes anteriores y de tal forma que corrigiera la mordida cruzada anterior, levantando ligeramente su mordida y además permitiendo un mejor deslizamiento anterior y lateral esto se observó a los 3 y 6 meses (figuras 4 y 5)



Figura 5. Fotografía de avance (seis meses)

Fuente: elaboración propia

Discusión

Es fundamental que el maxilar superior brinde una plataforma equilibrada y estable para que el maxilar inferior coincida con este, permitiendo ángulos funcionales masticatorios simétricos y sea una guía funcional en el periodo de desarrollo dental entre los 3 y 7 años de edad, cuando se obtiene mayor beneficio (13).

Las posibilidades terapéuticas dependerán de la edad biológica del paciente y del tipo de maloclusión. Por ejemplo, las maloclusiones de clase III dentoalveolares y los casos de mordida forzada con desplazamiento anterior pueden tratarse en cualquier momento. El tratamiento va dirigido a enderezar los incisivos inferiores inclinados labialmente y los incisivos superiores inclinados lingualmente. A veces es necesario expandir la arcada superior. Para este tipo de tratamiento se pueden utilizar placas activas, planos inclinados y activadores, sin aparatos fijos de anclajes múltiples en la dentición mixta o permanente (14).

En el estudio de Schuster (15) se utilizaron procedimientos multivariados para identificar las variables dentoalveolares que proporcionan la mejor diferenciación entre niños prepubertos con maloclusión de clase III que podrían ser tratados adecuadamente con ortopedia o tratamiento ortodóncico y aquellos que requieren cirugía ortognática. Los modelos diagnósticos fueron muy significativos, y la clasificación de los pacientes fue correcta en un 93,2% a 94,3%.

En este caso clínico se utilizó la ortopedia funcional para rehabilitar de forma eficaz y temprana a un paciente en crecimiento, siendo una alternativa para corregir los trastornos morfológicos y funcionales del sistema estomatognático (16).

Básicamente, para el tratamiento interceptivo de la maloclusión Pseudo clase III, el reto se dirige a la reorientación del cierre mandibular, la eliminación de contactos oclusales prematuros y la corrección de la maxilo-mandibular. Para lograr este objetivo, el plan de tratamiento elegido toma en cuenta la posibilidad de restricción del crecimiento mandibular, el crecimiento vertical, el perfil de tejidos blandos y la edad del paciente (17).

El tratamiento temprano implica la detección de signos y síntomas incipientes antes de que la etiología las complique. No solamente se requiere el tratamiento temprano, sino que también sea un tratamiento para corregir las posibles causas que provoquen alguna deformidad en la boca (malos hábitos). La intervención terapéutica oportuna es necesaria y evita el agravamiento de la maloclusión, evitando tratamientos más complejos y largos, con altos índices de recidivas. La edad ideal es la dentición temporal y mixta temprana donde es posible rehabilitar el sistema masticatorio sin dejar secuelas (18).

El objetivo del tratamiento precoz de una Pseudo clase III no es para no continuar con los tratamientos tradicionales para esta maloclusión, sino para reducir la dificultad del tratamiento, se buscó el tratamiento más conservador, menor tiempo de elaboración, en una visita al consultorio y sin riesgo alguno (19).

4. Discusión

Es fundamental que el maxilar superior brinde una plataforma equilibrada y estable para que el maxilar inferior coincida con este, permitiendo ángulos funcionales masticatorios simétricos y sea una guía funcional en el periodo de desarrollo dental entre los 3 y 7 años de edad (20).

Las posibilidades terapéuticas dependerán de la edad biológica del paciente y del tipo de maloclusión. Por ejemplo, las maloclusiones de clase III dentoalveolares y los casos de mordida forzada con desplazamiento anterior pueden tratarse en cualquier momento. El tratamiento va dirigido a enderezar los incisivos inferiores inclinados labialmente y los incisivos superiores inclinados lingualmente. A veces es necesario expandir la arcada superior. Para este tipo de tratamiento se pueden utilizar placas activas, planos inclinados y activadores, sin aparatos fijos de anclajes múltiples en la dentición mixta o permanente (21).

En el estudio de Schuster (22) se utilizaron procedimientos multivariados para identificar las variables dentoalveolares que proporcionan la mejor diferenciación entre niños prepubertos con maloclusión de clase III que podrían ser tratados adecuadamente con ortopedia o tratamiento ortodóncico y aquellos que requieren cirugía ortognática. Los modelos diagnósticos fueron muy significativos, y la clasificación de los pacientes fue correcta en un 93,2% a 94,3%.

En este caso clínico se utilizó la ortopedia funcional para rehabilitar de forma eficaz y temprana en un paciente en crecimiento, siendo una alternativa para corregir los trastornos morfológicos y funcionales del sistema estomatognático (23).

Básicamente, para el tratamiento interceptivo de la maloclusión Pseudo clase III, el reto se dirige a la reorientación del cierre mandibular, la eliminación de contactos oclusales prematuros y la corrección de la maxilo-mandibular. Para lograr este objetivo, el plan de tratamiento elegido toma en cuenta la posibilidad de restricción del crecimiento mandibular, el crecimiento vertical, el perfil de tejidos blandos y la edad del paciente (24).

El tratamiento temprano implica la detección de signos y síntomas incipientes antes de que la etiología las complique. No solamente se requiere el tratamiento temprano, sino que también sea un tratamiento para corregir las posibles causas que provoquen alguna deformidad en la boca (malos hábitos). Durante la intervención terapéutica oportuna se hace necesaria y evita el agravamiento de la maloclusión, evitando tratamientos más complejos y largos, con altos índices de recidivas. La edad ideal es la dentición temporal y mixta temprana donde es posible rehabilitar el sistema masticatorio sin dejar secuelas (25).

El objetivo del tratamiento precoz de una Pseudo clase III no es para no continuar con los tratamientos tradicionales para esta maloclusión, sino más bien para reducir la dificultad del tratamiento, se buscó el tratamiento más conservador, menor tiempo de elaboración, en una visita al consultorio y sin riesgo alguno (26).

5. Conclusion

Con el uso de esta variante de tratamiento se buscó que fuera el más conservador, menor tiempo de elaboración, en una visita al consultorio y sin riesgo alguno de problema de mordida abierta. Esto se hace pensando en que el paciente no regrese a su consulta dental, ya que la resina se desgasta conforme van avanzando los cambios orofaciales. Esta es una propuesta de tratamiento confiable, sin necesidad de estar colocando la resina frecuentemente ya que demostró tener propiedades adhesivas, estéticas, confiables y duraderas para este estudio.

Referencias

1. Carbone IL. Tratamiento temprano de las maloclusiones sin aparatología funcional: presentación de dos casos clínicos. *Int. J. Odontostomat.* 2014, 8(2): 253-260.
2. Heinrich CK. A practical bite plane for use with fixed appliances. *J Clin Orthod.* 1993; 27: 508-10.
3. Philippe J. Treatment of deep bite with bonded bite planes. *J Clin Orthod.* 1996; 30: 396-400.
4. Vesse M. Traitement precoce de la classe III, les justifications theoriques et cliniques. *Rev. Orthop. Dento. Faciale*, 37(3):305-28, 2003.
5. Yoon-Young K, Insan J, Bong-Kuen C. Functional evaluation of orthopedic and orthodontic treatment in a patient with unilateral posterior crossbite and facial asymmetry. *Korean J Orthod.* 2014; 44 (3): 143-53.
6. Raymond, J. L. Finalit. fonctionnelle et occlusale du traitement orthop.dique de classe III. *Rev. Orthop. Dento Faciale*, 37(3):285-303, 2003.
7. Sanborn RT. Differences Between the facial skeletal patterns of class II and normal occlusion. *Angle Orthodod.* 1995; 25: 2208-22
8. Kerr W, Miller S, Dawber J. Class III malocclusion: surgery or orthodontics? *Br J Orthod.* 1992; 19: 21-4.
9. Stellzig-Eisenhauer A, Lux C, Schuster G. Treatment decision in adult patients with Class III malocclusion: orthodontic therapy or orthognathic surgery? *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2002; 122: 27-38.
10. D'Attilio M, Caputi S, Epifania E, Festa F, Tecco S. Evaluation of cervical posture of children in skeletal class I, II, and III. *Cranio.* 2005; 23: 219-228.
11. Toffol LD, Pavoni C, Baccetti T, Franchi L, Cozza P. Orthopedic treatment outcomes in Class III malocclusion. A systematic review. *Angle Orthod.* 2008; 78(3): 561-73
12. Bailey LJ, Proffit WR, White Jr RP. Trends in surgical treatment of Class III skeletal relationships. *Int J Adult Orthod Orthog Surg.* 1995; 10: 108-118
13. Poggi I. Procedimiento indirecto para la realización de pistas directas del Dr. Planas. *ReIUCEDDU.* 2015; (6): 33-6

14. Graber T, Rakosi T, Petrovic A. *Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales*. 2da. Edición: Mosby; 1997.
15. Schuster G, Lux CJ, Stellzig-Eisenhauer A. Children with Class III malocclusion: development of multivariate statistical models to predict future need for orthognathic surgery. *Angle Orthod*. 2003; 73: 136-45.
16. Jakobsone G, Stenvik A, Sandvik L, Espeland L. Three-year follow-up of bimaxillary surgery to correct skeletal class III malocclusion: stability and risk factors for relapse. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2011; 139: 80-89
17. Tsai IM, Lin CH, Wang YC. Correction of skeletal Class III malocclusion with clockwise rotation of the maxillomandibular Complex. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2012; 141: 219-227
18. Costa F, Robiony M, Sembronio S, Polini F, Politi M. Stability of skeletal Class III malocclusion after combined maxillary and mandibular procedures. *Int J Adult Orthod Orthog Surg*. 2001; 16: 179-192
19. Johnston C, Burden D, Kennedy D, Harradine N, Stevensond M. Class III surgical-orthodontic treatment: a cephalometric study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2006; 130: 300-309
20. Poggi I. Procedimiento indirecto para la realización de pistas directas del Dr. Planas. *RelUCEDDU*. 2015; (6): 33-6
21. Graber T, Rakosi T, Petrovic A. *Ortopedia dentofacial con aparatos funcionales*. 2da. Edición: Mosby; 1997.
22. Schuster G, Lux CJ, Stellzig-Eisenhauer A. Children with Class III malocclusion: development of multivariate statistical models to predict future need for orthognathic surgery. *Angle Orthod*. 2003; 73: 136-45.
23. Jakobsone G, Stenvik A, Sandvik L, Espeland L. Three-year follow-up of bimaxillary surgery to correct skeletal class III malocclusion: stability and risk factors for relapse. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2011; 139: 80-89
24. Tsai IM, Lin CH, Wang YC. Correction of skeletal Class III malocclusion with clockwise rotation of the maxillomandibular Complex. *Am J Orthod Dentofacial Orthop*. 2012; 141: 219-227

25. Costa F, Robiony M, Sembronio S, Polini F, Politi M. Stability of skeletal Class III malocclusion after combined maxillary and mandibular procedures. *Int J Adult Orthod Orthog Surg.* 2001; 16: 179-192
26. Johnston C, Burden D, Kennedy D, Harradine N, Stevenson M. Class III surgical-orthodontic treatment: a cephalometric study. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2006; 130: 300-309