



Tratamiento ortodóncico-camuflaje de paciente clase III esquelética con ausencia de canino superior

Camouflage-orthodontic treatment in a skeletal class III patient with a missing upper canine

Karla Yeraldí Mariscal García,* Hugo Alberto Vásquez Estrada,§ José Ramón Hernández Carvallo^{||}

RESUMEN

El camuflaje ortodóncico es una alternativa viable para el tratamiento de discrepancias esqueléticas de leves a moderadas de las estructuras maxilares, corrigiendo la maloclusión y al mismo tiempo el problema esquelético. En este artículo se presenta un caso clínico de tratamiento ortodóncico con camuflaje de una clase III esquelética, mordida cruzada anterior, clase III molar bilateral, clase canina no valorable bilateral y ausencia de canino superior izquierdo. El objetivo de este artículo es mostrar que el camuflaje ortodóncico para discrepancias esqueléticas leves es una opción de tratamiento en la práctica diaria, obteniendo resultados estéticos favorables en tejidos blandos y resolviendo la maloclusión.

Palabras clave: Camuflaje ortodóncico, clase III esquelética, maloclusión.

Key words: Orthodontic camouflage, skeletal class III malocclusion, malocclusion.

ABSTRACT

Camouflage orthodontic treatment is an acceptable option for mild to moderate skeletal discrepancies for correcting the malocclusion and at the same time the skeletal problem. In this article, a case report of a camouflage orthodontic treatment in a skeletal class III patient with anterior crossbite, bilateral molar class III, bilateral non assessable canine class and absence of an upper canine is presented. The aim of this article is to show that orthodontic camouflage is an acceptable treatment option on the daily practice for mild skeletal discrepancies that offers esthetic results in the soft tissues as well as the correction of the malocclusion.

INTRODUCCIÓN

La maloclusión clase III esquelética se presenta cuando hay discrepancias de tamaño o posición de los maxilares; se puede presentar por alteración en el maxilar superior, maxilar inferior o una combinación de ambos.¹

Para cualquier tipo de maloclusión esquelética clase III Proffit² señala que existen tres posibilidades de tratamiento:

1) Modificación del crecimiento, siempre que sea posible. 2) Camuflaje de la discrepancia esquelética mediante movimientos dentales, 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 cumple con 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 un tratamiento ortodóncico, y por ello se hace extremadamente importante tener una idea clara de cuáles son los deseos y expectativas de nuestro paciente.^{1,3,4}

Por lo anteriormente expuesto, el camuflaje ortodóncico de las maloclusiones clases III es una op-

* Residente de Tercer año del Postgrado de Ortodoncia.

§ Profesor del postgrado de Ortodoncia.

^{||} Coordinador del Postgrado de Ortodoncia.

Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz (CEMEV).

Este artículo puede ser consultado en versión completa en <http://www.medigraphic.com/ortodoncia>

ción realista sólo si la discrepancia esquelética es leve.

Como regla general, Proffit² define 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 base craneal anterior 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 acto quirúrgico. Del mismo modo, patrones faciales hiperdivergentes (con tendencia a la mordida abierta) van a tener peor pronóstico que aquellos que sean más convergentes.⁵

Desde nuestro punto de vista, deberíamos tratar a los pacientes con una clase III esquelética mediante camuflaje ortodóncico basándonos tanto en tejidos duros como en tejidos blandos. 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 decidir por una terapéutica quirúrgica o conservadora.

Debemos analizar cuidadosamente los riesgos y beneficios tanto en 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 elevado. 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.^{6,7}

MATERIAL Y MÉTODOS

Paciente de sexo femenino de 21 años de edad, que ingresa a la clínica de Ortodoncia del Centro de Especialidades Médicas del Estado de Veracruz «Dr. Rafael Lucio». El motivo de consulta: «Quiero enderezar mis dientes». Se diagnostica:

Análisis extraoral: biotipo dolicofacial, forma de cara oval, perfil recto, tercio medio deprimido, labios medianos y gruesos, nariz recta (*Figura 1*).

Análisis intraoral: clase III molar bilateral, clase canina no valorable lado derecho por suprao-



Figura 1.

Fotografías extraorales iniciales.



Figura 2.

Fotografías intraorales iniciales.

clusión de canino, clase canina no valorable lado izquierdo por ausencia de canino, mordida cruzada anterior con un overjet negativo de 1.5 mm y oclusión cúspide a cúspide de primer premolar superior izquierdo y primer molar superior izquierdo (Figura 2).

Análisis radiográfico: en la cefalometría, paciente clase III esquelética por alteración del maxilar inferior, proinclinación dental superior, longitud del cuerpo mandibular aumentada. En la ortopantomografía;



Figura 3. Radiografías iniciales: ortopantomografía.

ausencia de terceros molares superiores e inferiores, ausencia de canino superior izquierdo y sin datos patológicos en tejidos duros (Figura 3).

Plan de tratamiento

Se realizó un tratamiento ortodóncico camuflaje de clase III esquelética, colocando aparatos fijos técnica MBT slot 0.022" X 0.028".

Se indicó la extracción de tres primeros premolares (14, 34, 44) para liberar apiñamiento y conseguir descruzar la mordida anterior, se lleva a cabo retracción de segmento anteroinferior, primero caninos inferiores y posteriormente los cuatro incisivos con un arco 0.016" SS y elásticos de clase III 5/16" 4 oz. Una vez logrado un overbite y overjet positivos se colocó arco 0.019" X 0.025" NiTi seguido de un arco de acero inoxidable (Figura 4).

Uso de botón y elásticos cruzados para órganos dentarios posteriores.

Anclaje en arcada inferior, con arco lingual.

La retención se llevó a cabo con placas tipo Hawley en ambas arcadas. El tiempo total de tratamiento fue de un año y ocho meses.

RESULTADOS

Con este tratamiento se obtuvo una mejora en tejidos blandos, dando una mejor proyección de los labios; se consiguió dar función de canino al premolar superior izquierdo, clase canina y clase I molar en ambos lados, líneas medias coincidentes, mejoría en la sonrisa; se logró un overjet y overbite positivos, salud periodontal y función oclusal adecuada (Figuras 5 a 8).

Se sugiere a la paciente realizar interconsulta con el Rehabilitador Oral y Periodoncista para restaurar premolar superior izquierdo para caracterizarlo como canino, así como los incisivos centrales superiores para restaurar bordes incisales, llevar a cabo un alar-



Figura 4.

Fotografías intraorales durante el tratamiento.

gamiento coronario en estos mismos órganos dentarios, con el fin de mejorar la estética.

DISCUSIÓN

El camuflaje de clase III esquelética ha sido un tema controversial por las limitaciones que éste puede tener durante la terapéutica; sin embargo, si se tiene conocimiento y se realiza un diagnóstico adecuado se pueden alcanzar los objetivos planteados, viéndose reflejado al final del tratamiento.^{8,9}

La notable mejoría en el perfil, en la sonrisa y en la oclusión de la paciente ha sido un punto importante a destacar, ya que esto tuvo gran influencia en el desenvolvimiento personal y social de la paciente, adquiriendo mayor seguridad y elevación de su autoestima, manifestándose en el aspecto psicológico; es muy importante el papel de la ortodoncia en este tema, al mejorar significativamente el rol social de nuestros pacientes.

Llevar a cabo un tratamiento ortodóncico con la finalidad de compensar las discrepancias leves en los maxilares es una excelente opción terapéutica si se sabe diagnosticar de manera adecuada y se lleva a cabo un plan de tratamiento acertado, ob-

teniendo resultados convincentes tanto para el paciente como para el ortodoncista, liberando a aquél de ser sometido a un acto quirúrgico, que conlleva un gasto económico mayor y los riesgos propios de una anestesia general y de una intervención de cirugía maxilofacial.^{10,11}

Para Mihalik y Proffit (2003),¹² la decisión más importante entre hacer camuflaje o cirugía se debe basar en la interrogante de si el mejoramiento estético dentofacial logrado con la cirugía vale el incremento en el costo del tratamiento y en el riesgo que representa para el paciente. Los riesgos de la cirugía obviamente pueden ser mucho mayores que aquellos que se presentan en pacientes tratados con camuflaje.

El presente caso clínico no presentaba una discrepancia dentoalveolar severa, por lo que fue posible llevar a cabo la ortodoncia camuflaje para disminuir su problema tanto estético como funcional, ya que no todos los casos pueden ser corregidos o compensados dentalmente.

Sadao⁹ menciona que en el camuflaje de una clase III esquelética y dental realizó extracciones de segundos premolares superiores y primeros pre-



Figura 5.

Fotografías extraorales finales. Nótese la mejoría en el perfil y en la sonrisa.



Figura 6.

Fotografías intraorales finales. Nótese la mejoría en overjet y overbite, así como la relación posterior.

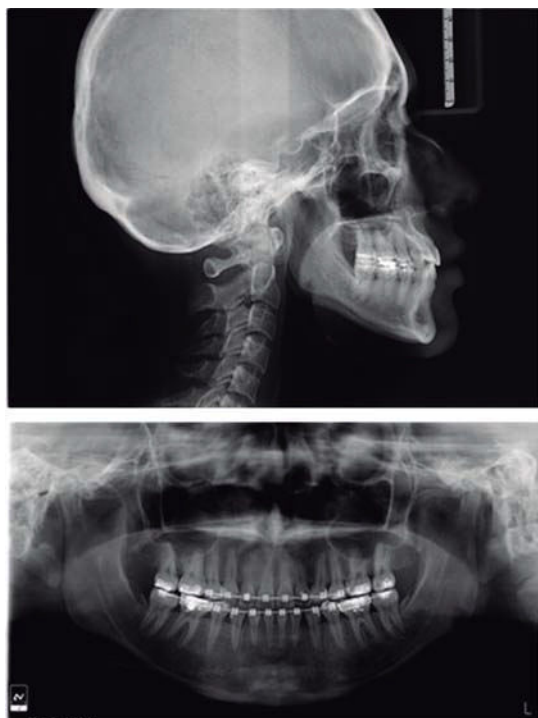


Figura 7. Radiografías finales.

molares inferiores con el propósito de obtener una clase I molar; cabe mencionar que no existía apiñamiento; sin embargo, en nuestra paciente se llevaron a cabo extracciones de primeros premolares inferiores y del primer premolar superior derecho debido a la ausencia del canino superior y al apiñamiento severo que existía, por lo que es importante mencionar que este tipo de decisiones dependerá totalmente del diagnóstico realizado para cada paciente.

CONCLUSIONES

La ortodoncia camuflaje tiene sus limitantes, ya que se trata de resolver un problema dentoalveolar mediante movimientos dentales únicamente. El tratamiento ortodóncico camuflaje en esta paciente tuvo éxito debido a una combinación de factores: cooperación, diagnóstico adecuado y plan de tratamiento llevado de manera correcta, así como las características dentoalveolares que presentaba inicialmente la paciente, y que al caer dentro de los parámetros corregibles mediante biomecánica ortodóncica únicamente, se pudo evitar la cirugía ortognática, con los tiempos, riesgos y costos que ésta significa.



Figura 8. Superposición cefalométrica pre- y postratamiento.

REFERENCIAS

1. Canut JA. Clase III. Ortodoncia clínica y terapéutica. Canut Brusola JA. ed. Barcelona: Masson. 2005. pp. 599-635.
2. Proffit W. Ortodoncia contemporánea. 4a. Ed. España: Edit. Elsevier Mosby 2008. pp. 686-718.
3. Burns et al. Class III camouflage treatment. What are the limits? *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2010; 137: 9-13.
4. Spalj S, Mestrovic S, Lapter VM, Slaj M. Skeletal components of class III malocclusions and compensation mechanisms. *J Oral Rehabil.* 2008; 35 (8): 629-637.
5. Ellis E, McNamara J. Components of adult class III open-bite malocclusion. *Am J Orthod.* 1984; 86 (4): 277-290.
6. 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.
7. Tseng Y, Pan C, Chou S, Liao C, Lai S, Chen C et al. Treatment of adult class III malocclusions with orthodontic therapy or orthognathic surgery: receiver operating characteristic analysis. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011; 139 (5): 485-493.
8. Janson G, Souza JE, Alves Fde A, Andrade P Jr, Nakamura A, de Freitas MR. Extreme dentoalveolar compensation in the treatment of Class III malocclusion. *AJODO.* 2005; 128: 787-794.
9. Sadao S. Case report: Developmental characterization of skeletal class III malocclusion. *Angl Orthod.* 1994; 64 (2): 105-111.
10. Kochel J, Emmerich S, Meyer-Marcotty P, Stellzig-Eisenhauer A. New model for surgical and non surgical therapy in adults with Class III malocclusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2011; 139 (2): 165-174.
11. Daher W, Caron J, Wechslerc MH. Non surgical treatment of an adult with a class III malocclusion. *AJODO.* 2007; 132: 243-251.
12. Mihalik CA, Proffit WR, Phillips C. Long-term follow-up of Class II adults treated with orthodontic camouflage: a comparison with orthognathic surgery outcomes. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2003; 123 (3): 266-278.

Dirección para correspondencia:
Karla Yeraldí Mariscal García
 E-mail: lalamargara@hotmail.com