



Reflexiones acerca del tratamiento conservador de la maloclusión esquelética de Clase III: a propósito de un caso.

About the Skeletal class III malocclusion conservative approach: a case report

César Ventureira Pedrosa*, Lourdes Aguilera Jiménez** Margarita Varela Morales***.

* Ortodoncista de práctica exclusiva en Torrelodones (Madrid). Colaborador docente del Postgrado de Ortodoncia de la Fundación Jiménez Díaz.

** Ortodoncista de práctica exclusiva

** Jefe de la Unidad de Ortodoncia de la Fundación Jiménez Díaz. Directora del Postgrado de Ortodoncia FJD.

Correspondencia:

César Ventureira Pedrosa
C/ Rufino Torres, 2 Portal 1,1ºC
28250 Torrelodones (Madrid)

e.mail: ortodoncia@wanadoo.es

Reflexiones acerca del tratamiento conservador de la maloclusión esquelética de Clase III: a propósito de un caso

RESUMEN: Se presenta el caso clínico de una paciente adolescente mesobraquifacial con escaso crecimiento remanente y una maloclusión de clase III de componente mixto, esquelético y funcional. Presenta alteraciones esqueléticas y dentoalveolares en ambos maxilares y en los tres planos del espacio, con resalte invertido, compresión palatina, mordida cruzada y clara afectación de la estética facial.

Una vez valorados aspectos como la entidad de la progenie, la discrepancia esquelética y oclusal, las compensaciones dentoalveolares presentes, la situación periodontal, la edad, y la reticencia absoluta a someterse a un tratamiento combinado ortodóncico quirúrgico, se optó por una modalidad terapéutica conservadora, que incluyó dos fases: una ortopédica, con la utilización de un dispositivo palatino de expansión rápida con bloques de acrílico y tracción desde una máscara facial; y una segunda, ortodóncica, que incluyó aparatología fija multibrackets, barra transpalatina, arco lingual y mentonera de tiro occipital. El objetivo de toda la aparatología utilizada fue doble: por un lado, obtener un resalte positivo y una correcta oclusión compatible con la salud del sistema estomatognático, y por otro, satisfacer la demanda de la paciente y sus progenitores que rechazaban una aproximación quirúrgica de la maloclusión.

Palabras Clave: Clase III esquelética, tratamiento conservador, expansión palatina rápida, tracción ortopédica maxilar.

ABSTRACT: The treatment of a skeletal and functional mixed Class III, malocclusion in a teenaged patient is reported. This malocclusion is best characterized by three-dimensional skeletal and dentoalveolar changes in both upper and lower maxillae: negative overjet, narrow maxilla, posterior crossbite and facial aesthetic disharmony. The nature of the malocclusion was analyzed in terms of skeletal and occlusal discrepancies, dentoalveolar compensations, periodontal status, facial aesthetics and age. Due to the absolute reluctance of the patient and her parents to accept a combined surgical-orthodontic treatment, a conservative approach was suggested including two phases: one orthopaedic, with an acrylic bite-block rapid palatal expander (RPE) and a facial mask followed by an orthodontic phase with fixed appliances, transpalatal bar, lingual arch and a high pull chin-cup. The main treatment objective was to achieve a positive overjet and a Class I occlusion avoiding surgery, thereby satisfying the patient's demands.

Key Words: Skeletal Class III, conservative approach, rapid palatal expansion, maxillae orthopaedic traction.

Introducción

Las malocclusiones de clase III de componente esquelético son relativamente frecuentes en la clínica, y en un gran número de casos plantean un reto diagnóstico y terapéutico al ortodoncista, especialmente cuando los pacientes rechazan de todo punto la cirugía. Y ello es así porque las malocclusiones de clase III esqueléticas no son sino el síntoma común de procesos muy diversos que comprenden factores etiopatogénicos no uniformes y que, en consecuencia, exigen alternativas terapéuticas diferentes. Dentro de éstas alteraciones, en la práctica, se pueden distinguir tres grupos:

- a) Malocclusiones de clase III con un ligero componente esquelético, con una correcta apariencia facial e irregularidades de tipo oclusal. El componente funcional es importante y con el tratamiento estrictamente ortodóncico se pueden alcanzar resultados aceptables.
- b) Malocclusiones de clase III esqueléticas con una relación intermaxilar basal inadecuada en los tres planos del espacio, con una estética facial insatisfactoria, en las que la única opción terapéutica es la combinación ortodóncico-quirúrgica.
- c) Un tercer grupo intermedio en el que la situación morfofuncional está a caballo entre los dos grupos anteriormente descritos. Los pacientes suelen mostrarse reticentes a someterse a cirugía ortognática, ya que están relativamente satisfechos con su aspecto facial, y buscan sólo una mejoría estética y funcional de sus dientes.

Es precisamente este tercer grupo el que mayor reto diagnóstico y dificultades terapéuticas plantea al ortodoncista. Se trata de pacientes que inicialmente quieren evitar la opción quirúrgica y demandan una solución ortodóncica conservadora que pueda mejorar su problema oclusal, aunque sea con un resultado limitado. De este modo, el clínico debe decidir si puede satisfacer los deseos del paciente cuando la evidencia clínica sugiere, en numerosas ocasiones, la necesidad de un enfoque quirúrgico riguroso¹. Desde el punto de vista funcional el ortodoncista ha de juzgar si es capaz de alcanzar,

mediante un simple tratamiento ortodóncico, sin ayuda de la cirugía, los requisitos mínimos establecidos para obtener una óptima salud del sistema estomatognático. Aquí están directamente implicados factores tales como el grado de discrepancia esquelética basal, las compensaciones dentoalveolares presentes, el estado periodontal y articular y su capacidad para cumplir todos los objetivos oclusales estéticos y funcionales enmascarando el problema estético facial.

Por el contrario, en lo que se refiere a la estética facial, es precisamente el propio paciente con clase III esquelética “*borderline*” el que debe determinar cuáles son sus aspiraciones. Para ello ha de recibir una información completa y exhaustiva sobre los objetivos y limitaciones del tratamiento no quirúrgico por parte del clínico².

Uno de los factores que adquiere mayor importancia a la hora de abordar el tratamiento ortodóncico conservador de los pacientes con clase III esquelética, es, sin duda, el patrón de crecimiento facial. Una altura facial inferior disminuida, con aumento de la sobremordida y adecuado sellado labial comporta un mejor pronóstico que los patrones hiperdivergentes que son los más difíciles de abordar sin cirugía³. Cuando la clase III se asocia con biotipo normofacial o hipodivergente el ortodoncista puede manejar la rotación mandibular disminuyendo su expresión sagital, y contribuir, de esta forma, al camuflaje de la discrepancia anteroposterior^{4,5}. Por el contrario, cuando la clase III está asociada a un biotipo hiperdivergente, en la mayoría de las ocasiones la opción quirúrgica se plantea como el tratamiento de elección. En estos casos, cualquier intento de posterorrotar la mandíbula aumentará las dimensiones faciales verticales, disminuyendo la proporción entre la altura facial posterior y la anterior, lo que comportará el riesgo de crear una mordida abierta anterior que empeoraría aún más la estética facial y la oclusión⁶. En resumen, se podría afirmar que en las clase III esqueléticas con patrón dolicofacial, la dimensión vertical no sólo es difícil de mejorar sin ayuda de la cirugía, sino que empeorará si se trata sólo con ortodoncia⁷.

Lo cierto es que en la mayor parte de las clases III esqueléticas la opción más adecuada para conseguir la excelencia los resultados tanto estéticos como funcionales es, indudablemente, la vía ortodóncico- quirúrgica.

Pero siendo así, ¿cómo debemos actuar con el grupo de pacientes relativamente satisfechos con su estética facial y completamente reticentes a pasar por un quirófano?; ¿cuáles son los límites de la compensación ortodóncica dentoalveolar?; y, si finalmente se opta por renunciar a la cirugía ¿cuál es la mecánica de tratamiento más adecuada? En un intento de responder a estas cuestiones se presenta el caso clínico de una paciente adolescente con una maloclusión esquelética de clase III de causa mixta (máxilo-mandibular) y componente funcional; resalte negativo, patrón braquifacial, compresión palatina bilateral con oclusión cruzada unilateral derecha, escaso crecimiento remanente y reticencia absoluta a someterse a un tratamiento combinado de ortodoncia y cirugía.

Anamnesis y descripción diagnóstica de la maloclusión

Motivo de consulta

Paciente adolescente, de 13 años y 8 meses de edad, de sexo femenino, que acude a consulta refiriendo que *“sus dientes superiores muerden por detrás de los inferiores y está descontenta con su estética dental”*. Existen antecedentes familiares de clase III en el padre y la paciente ha presentado síndrome de obstrucción respiratoria crónica, con hipertrofia adenoamigdalara. Se observa un ligero retraso eruptivo. Menarquia a los 13.1 años lo que, junto con la morfología radiológica de sus vértebras cervicales (estadio CS5), hace presumir que la paciente presenta poco crecimiento remanente.

Examen de cabeza, cara y fotografías faciales (Fig.1)

En norma frontal, la paciente presenta un contorno facial ovoideo con los tercios faciales moderadamente proporcionados. Falta de prominencia malar. Ligera asimetría facial, con desviación del tabique nasal hacia la derecha con respecto a la línea media facial. Línea bipupilar e implantación de las orejas normales. Mentón ligeramente desviado hacia la derecha. Nariz algo grande aunque simétrica. Labio superior fino, retruido y sin soporte, mostrando el inferior mayor eversión y exposición de bermellón labial. Existe competencia labial. La sonrisa es asimétrica. Se muestran 6 mm de borde incisal en sonrisa,

sin exposición gingival alguna. No exposición dentaria en reposo. La línea media dentaria superior se encuentra ligeramente desviada hacia la derecha con respecto a la línea media facial y la inferior, a su vez, ligeramente desviada hacia la izquierda.

En norma lateral, el perfil es cóncavo con los tercios faciales proporcionados. La falta de prominencia malar, el labio superior fino, sin volumen, y el tamaño nasal aumentado completan, junto con la prognacia mandibular, el fenotipo de clase III esquelética. El ángulo nasolabial y el surco mentolabial están dentro de la norma. El ángulo cérvico-mandibular es favorable.

Examen intraoral (Fig. 2)

Dentición mixta tardía con higiene oral aceptable sin presencia de gingivitis ni sangrado al sondaje. Se observan obturaciones en los cuatro primeros molares permanentes y caries en el 6.5. Los dientes deciduos 5.3 y 8.5 aún permanecen en boca. Importante resalte invertido anterior de -2,7 mm con clase III molar bilateral. Compresión palatina bilateral que se manifiesta a nivel oclusal con una mordida cruzada unilateral derecha.

Análisis de las arcadas dentarias

Arcada maxilar: forma ovoide con una ligera desviación de la línea media hacia la derecha y apiñamiento de 4 mm. Compresión palatina bilateral. No hay simetría entre ambas hemiarcadas. El diente 1.2 está palatinizado con el 5.3 presente en boca, a punto de exfoliarse, sin espacio suficiente para la correcta erupción del 1.3. El diente 2.3 aún no ha erupcionado, y falta espacio para el mismo. El diente 6.5 sí ha hecho erupción y muestra caries oclusomesial, manteniéndose el espacio de deriva izquierdo. Los incisivos superiores se encuentran linguoversionados con respecto a su base ósea. Ambos primeros molares superiores muestran una rotación mesiopalatina. (Fig. 2d)

Arcada mandibular: forma ovoide con vestibuloversión de los incisivos inferiores. Está presente en boca el 8.5 manteniendo el espacio de deriva residual del tercer cuadrante. Giroversión de ambos caninos inferiores. Los

incisivos inferiores presentan una cortical fina y una encía adherida escasa. Curva de Spee plana (Fig.2e)

Oclusión sagital: Clase III molar bilateral con clase canina pendiente de erupción de los dientes permanentes. Resalte negativo de -2,7mm que se reduce a -1,7 mm después de la exploración funcional medido a nivel de los bordes incisales de los incisivos centrales.

Oclusión vertical: sobremordida anterior de 2/3 medida desde los bordes incisales de los incisivos centrales superiores e inferiores.

Oclusión transversal: compresión palatina bilateral con mordida cruzada posterior derecha incompleta. Desviación de la línea media dentaria superior 1 mm hacia la derecha y la inferior 2 mm con respecto a la línea media facial.

Examen funcional y de A.T.M.

Se aprecia un cierto grado de inestabilidad oclusal, variando 1,5 mm la relación dentaria entre céntrica y máxima intercuspidad. La paciente responde a las maniobras exploratorias de relación céntrica, produciéndose un desplazamiento distal mandibular, sin desviaciones laterales y reduciéndose el resalte invertido. No existen síntomas sugerentes de disfunción témporo-mandibular (dolor, bloqueo, chasquidos, crepitación...) y la mandíbula es de fácil manipulación. La apertura mandibular alcanza los 43 mm y los movimientos excursivos se encuentran en rangos normales. La exploración de la orofaringe demuestra la existencia de amígdalas y adenoides hipertróficas.

Estudio radiográfico y cefalométrico (Fig. 3 y tabla 1)

La radiografía panorámica muestra una estructura ósea y radicular normal, sin la presencia de reabsorciones radiculares ni alteraciones del hueso dentoalveolar.

La radiografía lateral de cráneo pone de manifiesto un patrón mesobraquifacial, siendo el maxilar hipoplásico y la mandíbula prognática con un Wits de clase III. La altura facial inferior, el plano mandibular y el ángulo

goníaco se encuentran ligeramente disminuidos con respecto a las normas cefalométricas para la edad de la paciente. La longitud de la base craneal anterior está reducida, lo que incrementa la sensación de clase III de causa mandibular, enmascarando el componente maxilar. Desde el punto de vista dentoalveolar, con respecto a la línea APo, el incisivo superior se encuentra retroinclinado y el inferior presenta una ligera vestibuloversión. No obstante, un análisis más profundo nos llevaría a concluir que estas mediciones se encuentran sesgadas por la posición sagital displásica de los maxilares y, si tomamos como referencia la posición de los incisivos con respecto a sus bases óseas, el incisivo superior estaría normoposicionado con respecto al plano palatino (ENA-ENP) y el incisivo inferior se situaría en linguoversión con respecto al plano mandibular (Ag-Me). Por su parte, el ángulo interincisivo estaría aumentado con respecto a la norma cefalométrica.

El perfil es cóncavo, como corresponde a una clase III y la paciente presenta una posición labial ligeramente retrusiva. El ángulo nasolabial está disminuido con un aumento del ángulo mentolabial con respecto a las normas cefalométricas

Plan de tratamiento y justificación del mismo.

Nuestra decisión terapéutica estuvo basada en una serie de premisas fundamentales que todo ortodoncista debe plantearse antes de abordar el tratamiento conservador de una clase III esquelética:

En general, los pacientes con fenotipo de clase III esquelética presentan en mayor o menor medida alteraciones dentoalveolares y óseas, tanto a nivel maxilar como mandibular, en los tres planos del espacio. Por ello, se debe realizar un concienzudo diagnóstico inicial de la naturaleza de la deformidad dentofacial (esquelética, funcional o mixta) que debe incluir un exhaustivo análisis cefalométrico, prestando particular atención a la inclinación y posición de los incisivos, el tamaño de la discrepancia esquelética anteroposterior, vertical y transversal, así como la estética facial². Esta paciente presentaba una clase III esquelética mixta (máxilo-mandibular) que, a todas luces, justificaba un tratamiento combinado ortodóncico- quirúrgico; sin embargo, son varios los motivos que condujeron a tratar esta paciente sin cirugía.

En primer lugar se valoró el escaso crecimiento remanente de la paciente (estadio CS5⁸ de maduración de sus vértebras cervicales, con aparición de la menarquia 7 meses atrás) que hacía improbables cambios ulteriores significativos.

Por otro lado, el patrón de crecimiento mesobraquifacial permitía contar con la dimensión vertical mandibular como “*arma terapéutica*” para mejorar la discrepancia esquelética sagital mediante una posterorrotación mandibular secundaria .

A nivel dentoalveolar, los incisivos superiores se encontraban retroinclinados con linguoversión coronal, mientras que los inferiores presentaban sólo una moderada retroinclinación con respecto a su base ósea. Por otro lado, la presencia de un segundo molar deciduo inferior derecho permitía aprovechar el espacio de deriva para una posible compensación dentoalveolar.

El componente funcional añadido al esquelético era también importante. Las posiciones de relación céntrica y máxima intercuspidad no eran coincidentes. En relación céntrica, se producía un desplazamiento posterior mandibular de 1,5 milímetros que disminuía el resalte negativo y ponía de manifiesto el componente funcional de la maloclusión.

No obstante, si bien los datos cefalométricos y el análisis funcional permitían albergar alguna esperanza de solucionar el caso sin cirugía, el análisis estético facial desaconsejaba esta aproximación terapéutica e inclinaba la balanza hacia un tratamiento quirúrgico-ortodóncico.

Sin embargo, la valoración de la actitud psicológica de la paciente frente a su propia estética facial y su motivación de cara al tratamiento resultaba fundamental. Ni ella ni sus padres consideraban necesario mejorar la estética facial; menos aún, si esto implicaba la necesidad de un tratamiento quirúrgico. Si la corrección de la maloclusión conllevaba una mejoría facial, ésta sería bien recibida, pero sus demandas se limitaban a conseguir “*una sonrisa lo más armónica posible y poder masticar mejor*”.

Hubo un último criterio a favor de la opción conservadora: no debía comprometer un eventual tratamiento combinado ortodóncico quirúrgico, si en el futuro la paciente cambiara de opinión y deseara un mayor cambio facial.

Concretamente, se evitaron las extracciones compensatorias que no estarían justificadas en ningún caso para camuflar la maloclusión.

Una vez descartada la opción quirúrgica, el plan de tratamiento consistió en un abordaje exclusivamente ortopédico- ortodóncico. En este sentido, se aplicaron de forma combinada distintas armas terapéuticas – disyuntor con bloques posteriores de acrílico, máscara facial de tracción anterior, aparatología fija multibrackets, barra transpalatina, arco lingual, mentonera occipital y elásticos intermaxilares- en un intento de corregir las alteraciones dentoalveolares y esqueléticas en los tres planos del espacio (Tabla 2).

Progreso del tratamiento

Al tratarse de una paciente con escaso crecimiento remanente, el objetivo fundamental del tratamiento fue redirigir el crecimiento maxilar en sentido anterior traccionando desde una máscara facial. El enfoque terapéutico que parece ser más eficaz en casos de clase III por hipoplasia maxilar propone la disyunción de la sutura palatina media para desarticular las “suturas cincunmaxilares” previa a la tracción anterior. La máscara facial fue seleccionada como dispositivo de tracción frente a la mentonera de Hickmann, de cuatro ganchos, en un intento no sólo de traccionar del maxilar en sentido anterior, sino también de promover la posterorrotación mandibular y camuflar su posición sagital⁹. A nivel de la mandíbula, se trataría de camuflar su posición sagital promoviendo su posterorrotación secundaria y, en lo posible, frenando su crecimiento.

Finalizada la fase ortopédica, adquiere una importancia crítica el control ortodóncico de las estructuras dentoalveolares anteriores y posteriores. La vestibuloversión de los dientes anterosuperiores junto a la retroinclinación de los inferiores, dentro de los límites biológicos, y la extrusión de los sectores posteriores en busca de oclusión de los dientes antagonistas, favoreciendo la posterorrotación secundaria mandibular, se convierten en el pilar fundamental sobre el que estructurar la estrategia terapéutica conservadora¹⁰.

En el diseño del aparato de disyunción maxilar se incorporaron dos tubos vestibulares para aparatología fija. De esta forma se puede combinar el uso del disyuntor con la adhesión de brackets en el sector anterosuperior

contribuyendo a la corrección de la mordida cruzada anterior. Para este fin se utilizó un arco utilitario superior de protrusión para proinclinarse los dientes anterosuperiores y contribuir a afianzar el resalte positivo (Fig 4 a, b y c).

Tras doce meses de tracción activa desde la máscara facial, con buena colaboración por parte de la paciente, se resolvieron la mordida cruzada anterior y posterior y el aumento del perímetro de arcada permitió una correcta erupción de los dientes maxilares. Se obtuvo 1 mm de resalte positivo y un ligero avance del punto A de 1,5mm con una relación molar y canina de clase I (si bien los caninos aún no habían erupcionado, ya disponían de espacio para hacerlo) (Fig 4 a y c).

El disyuntor fue sustituido, entonces, por una barra transpalatina para conservar el diámetro transversal obtenido. En la arcada inferior, desde el inicio de la primera fase, se cementó un arco lingual que mantuvo el escaso espacio de deriva remanente. Conseguido el resalte positivo, el contacto entre las superficies palatinas de los incisivos maxilares y las vestibulares de los mandibulares originó una mordida abierta posterior que se extendía desde los incisivos laterales superiores hasta el último molar la cual, aunque era previsible, resultó más grave de lo esperado (figura 4 a, b y c).

A partir de este momento, se colocó la aparatología fija multibrackets superior e inferior, con técnica bidimensional (ranura 0,018" de en el sector incisivo y 0,022" a nivel premolar y molar) en un intento de conseguir una oclusión posterior adecuada y estable. Se prescribió la utilización de una mentonera occipital de uso nocturno para tratar de "frenar" (aunque con el lógico escepticismo sobre esta acción) el crecimiento mandibular. De cualquier forma, la simple posterorrotación secundaria de la mandíbula descendiendo los vástagos de la mentonera por debajo del centro de rotación del maxilar sería un efecto deseable.

Durante la fase ortodóncica, se colocaron retroligaduras en los caninos inferiores y los arcos se "cincharon" en su porción terminal. En la arcada inferior se aplicó una secuencia de arcos redondos, sin recurrir nunca a secciones cuadradas ni rectangulares que pudieran aplicar torsión positiva y vestibulovercionar los incisivos inferiores generando un nuevo resalte invertido. Asimismo, se aplicaron compensaciones intrusivas al arco en el sector

anteroinferior para tratar de intruir el sector anterior y extruir el posterior contribuyendo al cierre de la mordida abierta generada tras la resolución del resalte positivo (Fig. 5 c, d y e).

Por su parte, en la arcada maxilar se utilizó una secuencia completa de arcos que incluía secciones rectangulares a fin de aplicar la torsión máxima a los dientes anteriores.

Durante la mayor parte del tratamiento ortodóncico se instruyó a la paciente sobre el uso de los elásticos intermaxilares con componente de clase III dirigidos a cerrar la mordida abierta posterior mediante la extrusión de los sectores laterales y la intrusión del sector incisivo.

La duración total de la fase ortodóncica fue de 35 meses (12 meses de ortopedia + 23 de aparatología fija) (Tabla 2). No incluyó ninguna extracción terapéutica, de modo que no se comprometió una eventual cirugía si la paciente lo contemplara en el futuro. Finalmente, se retiró toda la aparatología y se instauró la fase de retención que consistió en una placa de progenie combinada con un retenedor lingual mandibular de acero trenzado de 0,021" cementado de canino a canino. Se mantuvo el uso de la mentonera occipital hasta finalizado el crecimiento.

Resultados

La paciente continúa teniendo un fenotipo facial de clase III sin que haya experimentado una mejoría importante a nivel de su estética facial. Los cambios faciales son, sin duda, insuficientes y de compromiso (Fig. 8 a, b c y d). Sin embargo, los producidos a nivel dentoalveolar, junto con la posterorrotación mandibular, mejoraron ligeramente el perfil en lo referente a los tejidos blandos, observándose una protrusión evidente del labio superior y una ligera retrusión del inferior (Fig. 9). Este beneficio, aunque modesto, es siempre esperable en los tratamientos de camuflaje^{11,12}. Sin embargo el efecto positivo más evidente, en este caso, fue la obtención de una sonrisa más amplia y armónica (Fig. 7b) con un buen alineamiento en las arcadas (Fig 7e-i). También se cumplieron los objetivos oclusales estáticos y dinámicos: relación interincisiva normal, líneas medias superior e inferior centradas, resalte y sobremordida normales y relación canina y molar de clase I bilateral con una buena intercuspidación, contactos interproximales y paralelismo de raíces. La

oclusión cruzada posterior también se resolvió. En conjunto, la apariencia dental mejoró sensiblemente (Fig.7 e-i). Por último se recomendó la realización de restauraciones estéticas de composite en los dientes 12 y 22 para cerrar los espacios remanentes localizados por distal a estos dientes como consecuencia de la discrepancia dento dentaria anterior. (Bolton de exceso inferior)

La corrección del resalte se ha producido por un combinación de dos factores: por un lado, la acción ortopédica mediante la tracción del maxilar superior a través de una máscara facial, con lo que se consiguió un avance del punto A de 1,5 mm, unida a una posterorrotación secundaria mandibular que produjo un desplazamiento sagital posterior del pogonion y una disminución de la “percepción visual” de clase III; la convexidad facial mejoró en total 3,5 mm. El segundo factor que ha contribuido a la corrección del resalte invertido ha tenido lugar a nivel dentoalveolar; el trazado cefalométrico final y las superposiciones muestran como los incisivos superiores se han protruido y vestibuloversionado, mientras que los inferiores se han retroinclinado ligeramente. Los molares superiores se han mesializado y extruido. El plano oclusal, por tanto, ha sufrido una anterorrotación que ha contribuido a la disminución del Wits y al camuflaje de la clase III. El ángulo interincisal ha disminuido. El mayor problema surgió tras retirar el disyuntor y observar la dimensión de la mordida abierta posterior creada. Ésta se cerró mediante una combinación de intrusión a nivel de los sectores dentoalveolares anteriores superiores e inferiores y extrusión dentoalveolar posterosuperior, que conllevó una ligera posterorrotación mandibular. (Fig 9) (Tabla 3). La buena colaboración de la paciente con el uso de los elásticos intermaxilares fue fundamental para alcanzar los objetivos establecidos.

La paciente finalizó su tratamiento con 15 años y 2 meses de edad, cuatro años después de haber tenido la menarquia, lo que excluye un crecimiento residual significativo. No obstante, se recomendó mantener el uso nocturno de la mentonera de tiro occipital como retención hasta constatar la finalización del crecimiento activo.

Resultados 1 años postratamiento. (Fig.9)

No se observan modificaciones importantes 12 meses después de la finalización del tratamiento activo. Se mantiene una buena oclusión, con

relación interincisiva aceptable y relación canina de Clase I. La función masticatoria permanece normal y la situación periodontal es buena. No se aprecia empeoramiento del perfil facial; de hecho éste incluso ha sufrido una ligera mejoría (Fig.9c).

Conclusiones

Con la presentación de este caso clínico de clase III de componente esquelético y funcional, no se ha tratado de promover ni justificar la sustitución de una terapia combinada ortodóncico quirúrgica por otra conservadora. Cada una de estas dos aproximaciones terapéuticas tiene sus indicaciones y contraindicaciones, pero la opción conservadora debe ser considerada en aquellos pacientes con una deformidad dentofacial moderada que, queriendo evitar el enfoque quirúrgico, demandan una solución ortodóncica que pueda mejorar su situación estética y funcional, aunque sea con un resultado de compromiso. Antes de involucrarse en una “ortodoncia heroica”, el ortodoncista debe analizar aspectos como la gravedad de la progenie, la dimensión de la discrepancia esquelética y oclusal, así como las compensaciones dentoalveolares ya presentes. Hay que tener muy en cuenta las aspiraciones del paciente y si su motivación fundamental es conseguir una buena oclusión y una sonrisa más agradable o si también aspira a alcanzar cambios significativos en su estética facial. De cualquier forma, la premisa fundamental sobre la que el clínico debe basar sus actuaciones es la reversibilidad de las mismas: todas aquellas maniobras terapéuticas que comprometan el pronóstico de un ulterior abordaje quirúrgico deben ser cuidadosamente medidas y contempladas (extracciones terapéuticas, etc) teniendo en cuenta que un resultado final satisfactorio nunca puede predecirse.

Los resultados finales en la estética facial de esta paciente son, sin duda alguna, insuficientes y de compromiso, pero sus resultados oclusales son aceptables y compatibles con la salud del sistema estomatognático. De cualquier forma han satisfecho las necesidades estéticas y funcionales de la paciente y su familia, aún más si se considera la decisión irrevocable de no aceptar una terapia quirúrgica.

BIBLIOGRAFÍA

- 1 Proffit WR. ¿Quién necesita una terapia quirúrgico ortodóncica?. Quintessence Intern 1990;12:48-52.
- 2 Ronchin, M. Resultados clínicos en el tratamiento de clase III, no quirúrgicas, utilizando la técnica lingual. Rev Esp Ortod 2004; 34:97-114.
- 3 Buschang PH, Sankey W, English JD. Early treatment of hyperdivergent open –bite malocclusions. Semin Orthod 2002;8:130-40.
- 4 Woodside D. Does functional appliances have an orthopedic effect?. Am J Orthod Dentofac Orthop 1998; 113:11-14?
- 5 Otis V, Melsen B. Vertical control as an important ingredient in the treatment of severe sagittal discrepancies. Am J Orthod 1984; 86:224- 31.
- 6 Bilodeau J. Vertical considerations in diagnosis and treatment: a surgical orthodontic case report. Am J Orthod Dentofac Orthop 1995;107-91-100.
- 7 Merrifield L. Cross J. Directional forces. Am J Orthod 1970;57:435-7.
- 8 Baccetti T, Franchi Land McNamara, J A. The Cervical Vertebral Maturation (CVM) Method for the Assessment of Optimal Treatment Timing in Dentofacial Orthopedics. Semin Orthod 2005;11:119–129
- 9 Dell F. Effects of varying the force direction on maxillary orthopedic protraction. Angle Orthod 2002;72: 387-96
- 10 Ventureira C, Aguilera L, Varela M. Mordida abierta hiperdivergente: una revisión bibliográfica. Ortod Esp 2003;43:218-39.
- 11 Lew K. Soft tissue profile changes following orthodontic treatment of chinese adults with class III malocclusion. Int J Adult Orthod Ortognath Surg 1990;5:59-65