

ODONTOLOGÍA Pediátrica

Revista Indizada

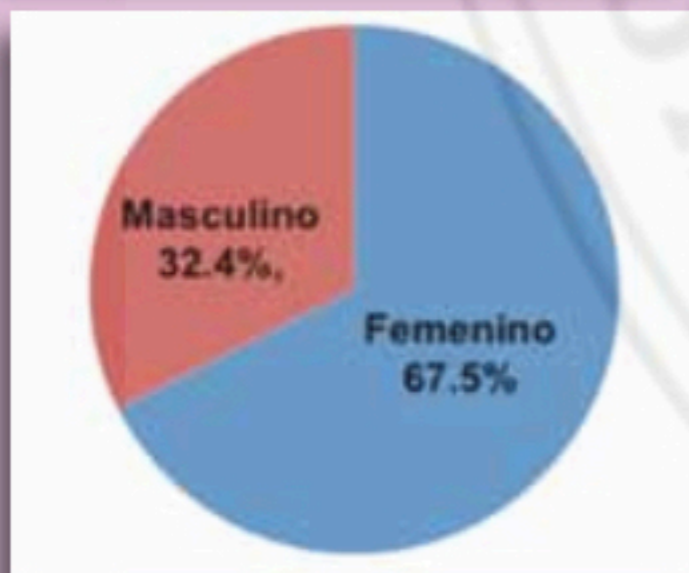


ASOCIACIÓN
LATINOAMERICANA
DE ODONTOPEDIATRÍA



INTERNATIONAL
ASSOCIATION
OF PAEDIATRIC DENTISTRY

Órgano Oficial de la Sociedad Peruana de Odontopediatría



- ▶ Análisis de microdureza de dos diferentes resinas relacionadas a la intensidad de fotopolimerización dependiendo de la distancia utilizada
- ▶ Estudio comparativo entre el sistema Anaject® y la jeringa anestésica convencional en cuanto al dolor percibido durante la inyección y la preferencia del paciente en cuanto al tipo de inyección
- ▶ Frenillo Lingual: ¿Cuándo es un problema?
- ▶ “Maltrato Infantil: una realidad muy cercana, ¿cómo debemos actuar los odontólogos?”
- ▶ Diversas formas del tratamiento temprano de la maloclusión Pseudo Clase III. Reporte de casos
- ▶ Uso del obturador palatino en pacientes con labio y paladar fisurado, reporte de un caso en el Centro Médico Naval, Lima, Perú
- ▶ Programa científico
- ▶ Información para los autores

LIMA, PERÚ

Odontol Pediatr Vol 9 N° 1 Enero-Junio 2010

Diversas formas del tratamiento temprano de la maloclusión Pseudo Clase III. Reporte de casos

Various forms of early treatment of Pseudo Class III malocclusion. Reporting of cases

Fernando Silva-Esteves Raffo¹
Rivera N. Shirley²

Resumen

Es de considerar que la maloclusión Pseudo Clase III puede desarrollarse en los niños como resultado de la presencia de contactos oclusales prematuros que provocan un desplazamiento anterior de la mandíbula.

Para establecer un tratamiento adecuado de esta maloclusión es importante hacer el diagnóstico diferencial correcto.

Cabe mencionar que varios aparatos se han diseñado para el tratamiento precoz de una Pseudo Clase III; aquí presentamos tres casos tratados con diferentes aparatologías teniendo como resultado final el éxito del tratamiento.

Palabras claves: Pseudo-Clase III, maloclusión, tratamiento.

Abstract

The Pseudo Class III malocclusion can develop in children as a result of the presence of premature occlusal contacts, causing the move up of the jaw.

To establish an adequate treatment of that malocclusion is important to make the correct diagnosis. It is worth mentioning that several devices were designed for early treatment of pseudo Class III malocclusion, here we present three cases treated with different appliances resulting finally in the treatment successful. (*Odontol Pediatr* 2010;9(1):96-107)

Key words: Pseudo-Class III, malocclusion, treatment.

Introducción

A través del tiempo se han empleado diversos términos, acuñados por diferentes autores para describir la anomalía que en la actualidad se conoce como maloclusión Clase III. Desde Bourdet¹ (1737) que la describió como "deformidad de un mentón prominente", los términos borde a borde y mordida cruzada anterior fueron mencionados por Delabarre² (1819); ya en 1899 Angle³ diseñó un sistema de clasificación de gran utilidad basado en el primer molar como llave de la oclusión; esta clasificación a pesar de haber sido criticada por el enfoque exclusivamente dentario, se em-

¹Especialista en Ortodoncia UPCH, Profesor Asociado del Departamento Académico del Niño y del Adolescente. Universidad Peruana Cayetano Heredia. Lima-Perú.

²Mag.Estomatología,Residente del Programa de Odontología Pediátrica. Universidad Peruana Cayetano Heredia.Lima-Perú.

plea en la actualidad en un sentido más amplio teniendo no sólo en cuenta la relación molar sino también la relación entre los maxilares y el patrón de crecimiento. Finalmente Moyers⁴ describe el síndrome de Clase III que se caracteriza por un prognatismo mandibular, relación molar de Clase III y mordida cruzada anterior; además, clasifica la Clase III como esquelética o verdadera, muscular o falsa y dentaria. Estos conceptos dan lugar a una clasificación muy extendida que es la de Clase III verdadera con alteración de forma y tamaño de la mandíbula y/o maxilar superior, y Clase III falsa (adquirida, muscular o postural) influenciada por factores ambientales⁵. Cabe mencionar que Rakosi⁶ 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 de Clase III pueden empeorar, acabando en la mayoría de casos con intervenciones de cirugía ortognática una vez llegada a la edad adulta.⁷

Por lo cual es preciso distinguir entre una maloclusión localizada y de buen pronóstico terapéutico de aquellas que afectan a todo el conjunto oclusal, limitada en sus posibilidades correctivas y con un pronóstico dudoso tanto por la incertidumbre del resultado final como la inestabilidad postratamiento.⁸

La prevalencia de las maloclusiones de Clase III es de aproximadamente un 5% en la población caucásica⁷, siendo significativamente más alta en la población escandinava y llegando hasta un 50% en las poblaciones japonesa y coreana.^{7,9} En nuestro país Mendez¹⁰ menciona que estos porcentajes llegan al 6.33%.

Es de considerar que la maloclusión Clase III puede desarrollarse en los niños como resultado de una anomalía intrínseca de crecimiento, es decir, la verdadera maloclusión Clase III, o como resultado de los contactos oclusales prematuros causando un desplazamiento de la mandíbula, lo que se conoce como Pseudo maloclusión Clase III.¹¹

La Pseudo-clase III se puede definir como un reflejo funcional de un posicionamiento anterior de la mandíbula, patrón muscular adquirido a una posición que simula un mesioclusion.¹²

Características morfológicas de los pacientes con Clase III y Pseudo Clase III (Diagnóstico Diferencial)

Existen 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 las posibilidades terapéuticas de las clases III es pertinente considerar el diagnóstico diferencial entre estos distintos tipos.^{8, 11, 13}

Pseudo Clase III

- Cuando se lleva a relación céntrica los incisivos llegan borde a borde.
- La mandíbula presenta tamaño normal.
- Los incisivos superiores están retroinclinados, los incisivos inferiores pro inclinados o en posición normal.
- En relación céntrica el perfil se observa recto y en posición habitual ligeramente cóncavo.
- Relación molar Clase I o Clase III.
- Longitud mandibular normal.

- Tercio medio disminuido.

Clase III verdadera

- Retrognatismo o micrognatismo del maxilar superior.
- Prognatismo o Macrognatismo mandibular.
- Combinación de alteraciones en tamaño y posición del maxilar superior e inferior.
- Base de cráneo anterior corta.
- Incisivos superiores proinclinados y los incisivos mandibulares retroinclinados (compensación dentoalveolar).
- Presenta algún grado de herencia familiar.¹¹
- Características faciales: El surco mentolabial aplanado es propio de la Clase III, al igual que el perfil cóncavo. El tercio medio deprimido hace referencia al poco desarrollo de los huesos malar y maxilar.

La posición borde a borde de los incisivos cuando el paciente con Pseudo maloclusión Clase III es "guiado" a una oclusión céntrica, es un parámetro importante para distinguir de la maloclusión Clase III verdadera. El análisis cefalométrico en la maloclusión Pseudo clase III muestra un SNA normal si se diagnostica temprano, mientras que SNB podría estar aumentado ligeramente debido a la posición adelantada de la mandíbula. Por el contrario, en ciertos casos se pueden encontrar en la Clase III verdadera un gran ángulo ANB o un ángulo pequeño de SNB, dependiendo de si el resultado es debido a un subdesarrollo maxilar o mandibular. Por lo descrito, se recomienda que todo paciente que presente una maloclusión Pseudo Clase III, la toma radiográfica cefalométrica se deba realizar en relación céntrica.

Tratamiento

Generalmente la causa de una maloclusión Pseudo Clase III es la inclinación de los incisivos maxilares, y el tratamiento lo que pretende es cambiar la inclinación de los incisivos.¹⁴

En estos casos, si no se tratan en la etapa inicial de desarrollo, interfiere con el crecimiento normal de las bases óseas y puede resultar en severas deformidades faciales. El tratamiento debe llevarse a cabo tan pronto como sea posible con el fin de permitir un desarrollo normal.¹¹

En términos generales, el objetivo del tratamiento ortodóncico temprano es para evitar que el problema empeore; lograr una correcta posición mandibular, una adecuada inclinación y posición de los incisivos, y un adecuado entrecruzamiento horizontal y vertical.¹⁴

Una alternativa en el tratamiento es el uso de aparatología ortopédica funcional,¹⁵ sin embargo adicionalmente varios aparatos se han diseñado para el tratamiento precoz de una Pseudo clase III, tales como placas removibles con resortes, aparatos removibles con tornillo de expansión anterior, planos inclinados, hasta aparatología fija técnica 4x2.¹⁴

Debido a que la Pseudo clase III se caracteriza por problemas dentarios y el tratamiento precoz tiene por objeto la corrección de la angulación de los incisivos superiores, Gu¹⁸ considera que un dispositivo simple fijo que promueva la proinclinación de los incisivos superiores y/o retroinclinación de los incisivos inferiores contribuye a la corrección de la mordida cruzada anterior y la eliminación del desplazamiento anterior mandibular. Asimismo se recomienda que el período de seguimiento debería extenderse hasta establecerse toda la dentición permanente, excepto el tercer molar.^{14, 18}

Aparatología:

Plano inclinado anterior (Fig. 1h)

Evolución: La maloclusión Pseudo Clase III fue resuelta en 2 meses con la corrección de la mordida cruzada anterior y el caso fue controlado por 24 meses post-tratamiento (Figura 1i, 1j, 1k, 1l, 1m, 1n, 1o).



Figura 1h.

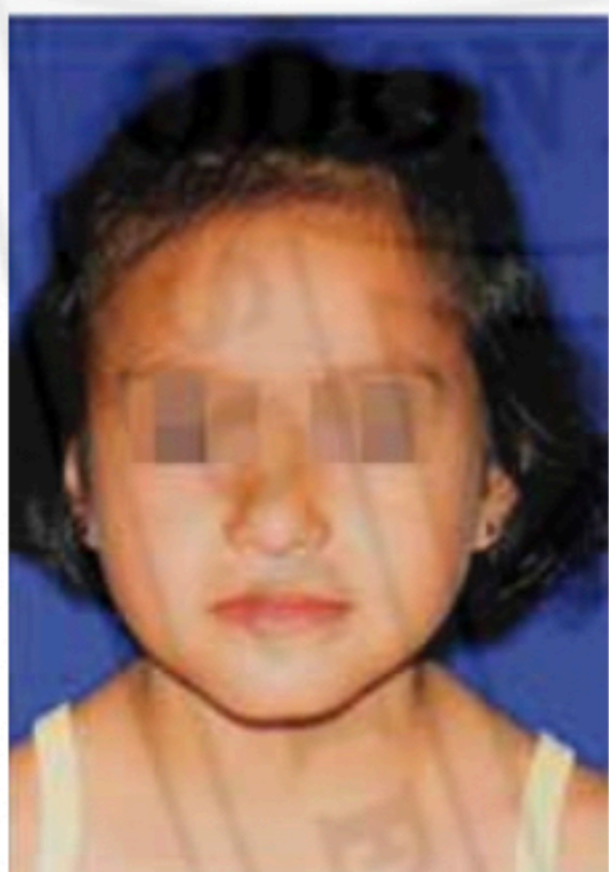


Figura 1i.



Figura 1j.



Figura 1k.



Figura 1l.



Figura 1m.

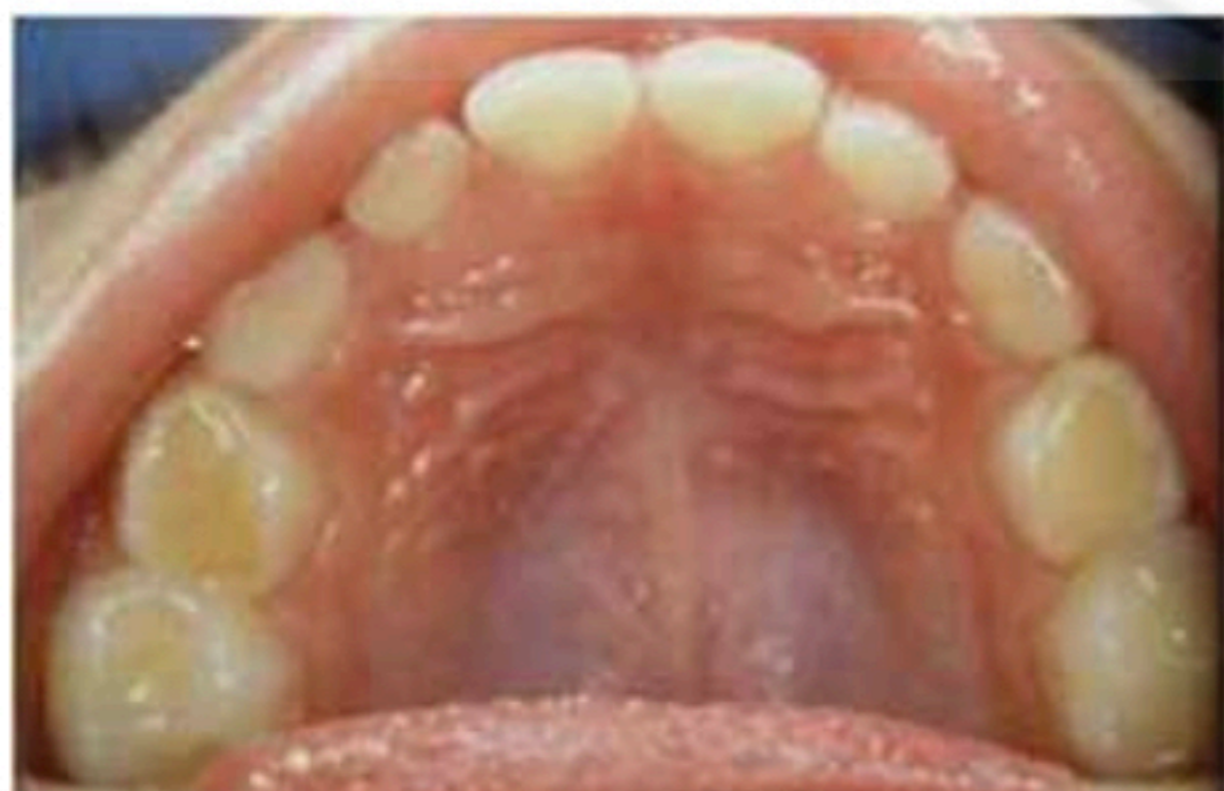


Figura 1n.



Figura 1o.

Giancotti¹⁹ empleó el Bionator de Balters para el tratamiento de Pseudo Clase III, mencionando además la importancia de diferenciar entre la verdadera Clase III de la Pseudo Clase III, los resultados terapéuticos del Bionator de Balters en pacientes con dentición mixta en este tipo de maloclusión permitió la corrección de una maloclusión dental como la estabilidad y posición favorable mandibular alentando al crecimiento esquelético.¹⁹

Reporte de Casos

Se presenta tres casos de pacientes con diagnóstico de maloclusión Pseudo Clase III tratados con diferentes aparatologías de acuerdo a cada caso, con resultados exitosos.

Caso 1

Paciente de sexo femenino de 3 años 11 meses de edad en dentición decidua completa, con malo-

clusión Pseudo Clase III (**Figura 1a, 1b, 1c, 1d, 1e, 1f y 1g**).

Plan de Tratamiento:

1. Corregir maloclusión Pseudo Clase III.
2. Conformar arco superior.
3. Conseguir relación molar escalón mesial y relación canina decidua clase I.
4. Guiar la oclusión.



Figura 1a.

Figura 1b.



Figura 1c.

Figura 1d.



Figura 1e.



Figura 1f.



Figura 1g.

Caso 2

Paciente de sexo femenino de 5 años 11 meses de edad, con relación esquelética Clase I, perfil blando recto, en dentición decidua completa y con maloclusión Pseudo Clase III. (Figuras 2a, 2b, 2c, 2d, 2e, 2f, 2g y 2h).

Plan de tratamiento:

1. Corregir maloclusión Pseudo Clase III dentaria.
2. Corregir deslizamiento anterior de la mandíbula.
3. Eliminar mordida cruzada anterior.
4. Conformar arco superior e inferior.
5. Guiar la oclusión.

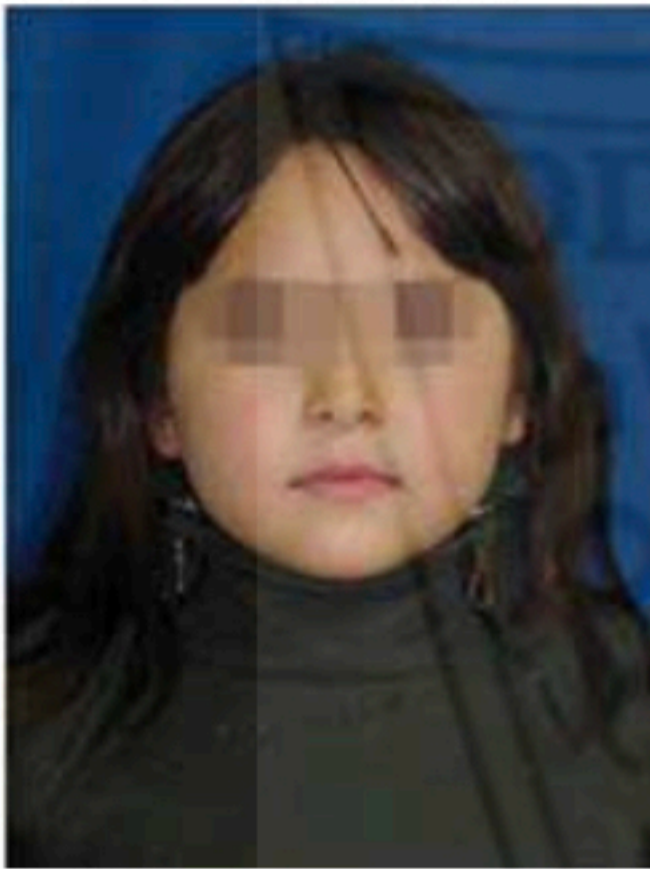


Figura 2a.



Figura 2b.



Figura 2c.



Figura 2d.



Figura 2e.



Figura 2f.



Figura 2g.



Figura 2h.



Figura 2q.



Figura 2r.

Caso 3

Paciente de sexo masculino de 5 años y 9 meses con relación esquelética clase I. Dentición decídua completa con maloclusión Pseudo Clase III y línea media inferior desviada a la izquierda. (Figura 3a, 3b, 3c, 3d, 3e, 3f, 3g, 3h)

Plan de tratamiento:

1. Corregir maloclusión Pseudo Clase III.
2. Corregir línea media inferior.
3. Controlar el crecimiento cráneo-facial.
4. Guiar la oclusión.



Figura 3a.



Figura 3b.



Figura 3c.



Figura 3d.



Figura 3e.



Figura 3f.

Aparatología:

Aparato removible Hawley con tornillo de expansión anterior y plano de mordida posterior. (figura 2i)

Aparato removible Hawley para contención por 12 meses.

Evolución: La maloclusión Pseudo Clase III fue resuelta en 4 meses con la corrección de la mordida cruzada anterior y la eliminación del desplazamiento anterior de la mandíbula (Figura 2j).

El caso fue controlado por 31 meses post-tratamiento (Figura 2k, 2l, 2m, 2n, 2o, 2p, 2q y 2r).

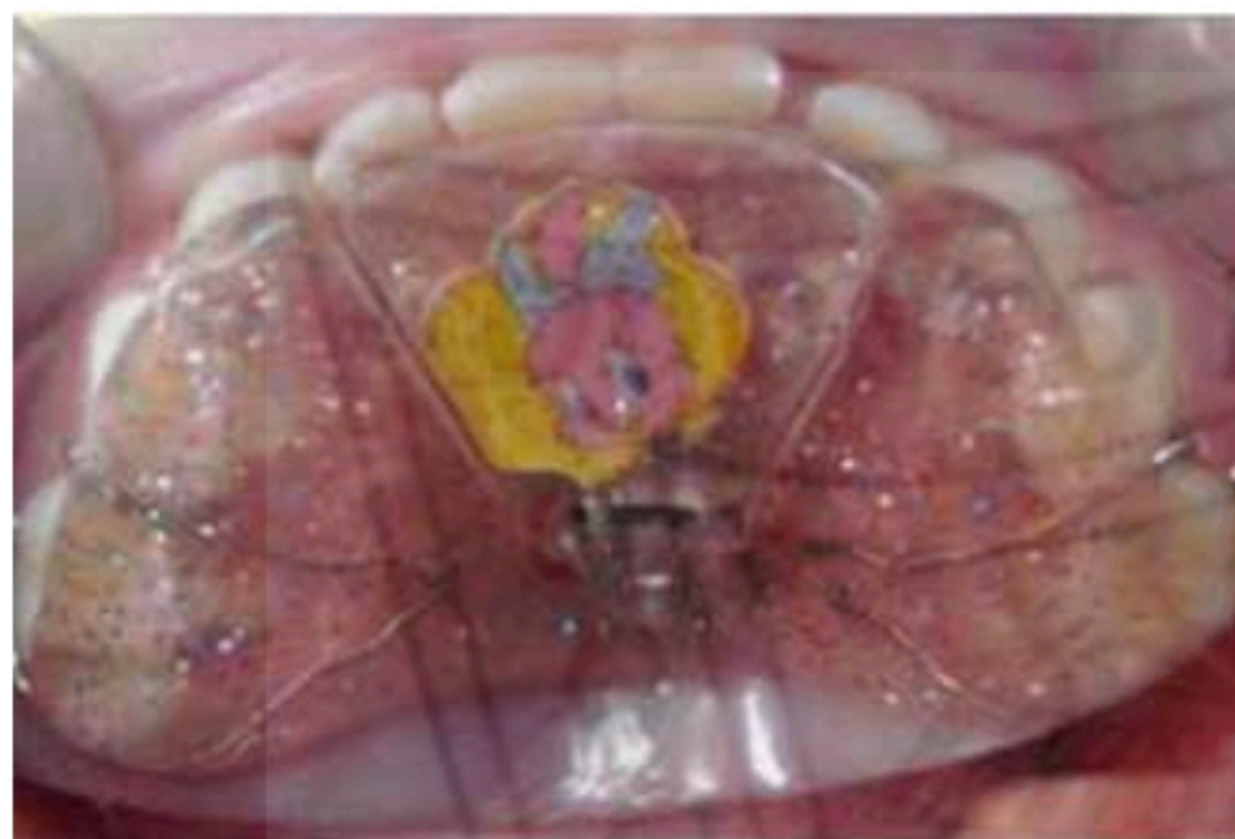


Figura 2i.



Figura 2j.



Figura 2k.



Figura 2l.



Figura 2m.



Figura 2n.



Figura 2o.



Figura 2p.



Figura 3g.



Figura 3h.

Aparatología:

Aparato Bimler C modificado con tornillo de expansión anterior (Figura 3i y 3j)

Evolución: La maloclusión Pseudo Clase III fue corregida a los 3 meses de iniciado el tratamiento (Figura 3k).

El caso fue controlado durante 13 meses post-tratamiento (Figura 3l, 3m, 3n, 3o, 3p, 3q, 3r y 3s).



Figura 3i.



Figura 3j.



Figura 3k.



Figura 3l.



Figura 3m.



Figura 3n.



Figura 3o.



Figura 3p.



Figura 3q.



Figura 3r.



Figura 3s.

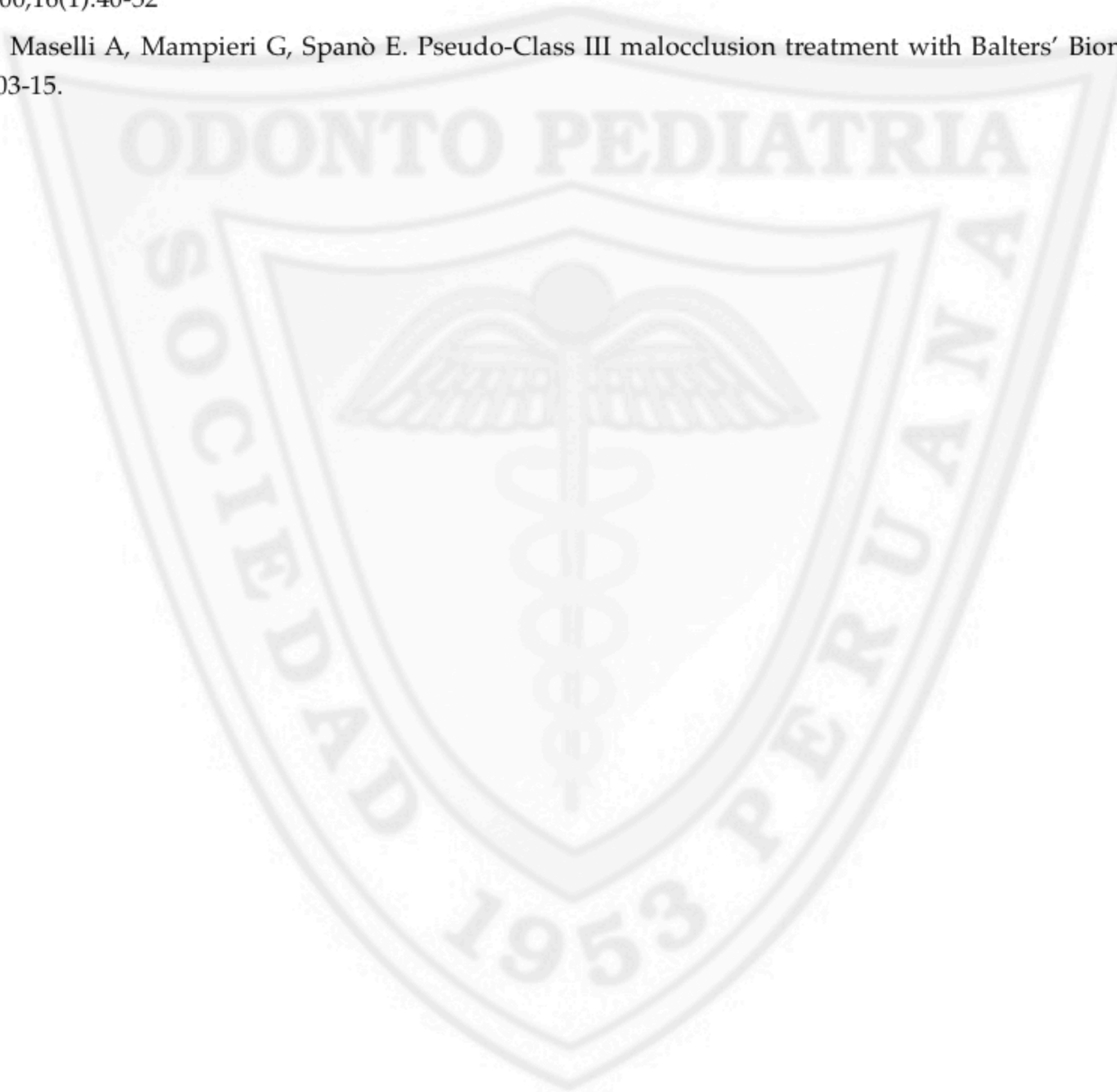
Discusión

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 relación maxilo-mandibular. Para lograr estos objetivos diversas son las opciones, y 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. Las diversas opciones de tratamiento disponibles para tratar el desarrollo de maloclusión Pseudo Clase III incluyen a los aparatos funcionales, aparatos de expansión maxilar removible o aparatos de ortodónticos fijos (técnica 4X2).¹¹ Respecto a este último tratamiento Hägg¹⁴ realizó un seguimiento de ca-

sos para verificar los beneficios de esta técnica en el tratamiento de la Pseudo Clase III en dentición mixta, concluyendo que el tratamiento interceptivo elimina la necesidad de seguir un tratamiento o simplifica la segunda fase de tratamiento. Es importante destacar el hecho de que el objetivo del tratamiento precoz de una Pseudo Clase III no es necesariamente eliminar la necesidad de la segunda fase de tratamiento, sino más bien para reducir la dificultad de tratamiento.¹⁴

Cuando en una maloclusión Clase III, tanto el maxilar superior como la mandíbula se encuentran sagitalmente dentro de la norma y el desplazamiento anterior de la mandíbula se traduce en una mordida cruzada anterior completa; el tratamiento de elección es la utilización de un aparato ortodóntico que promueva una pro-

- Dos Santos-Pinto A, Paulin RF, Melo AC Pseudo-Class III treatment with reverse traction: case report. *J Clin Pediatr Dent.* 2001; 25(4):267-74
- Zhonghua Kou Qiang ,Yi Xue Za Zhi. The characteristics of pseudo class III malocclusion in mixed dentition. *Chin J of Stomat.* 2002 Sep;37(5):377-80
- Hägg U, Tse A, Bendeus M, Rabie AB. A follow-up study of early treatment of pseudo Class III malocclusion. *Angle Orthod.* 2004 Aug;74(4):465-72.
- Cozzani G. Spezia IA. Extraoral traction and class III treatment. *Am J Orthod Dent .* 1981: 638-650.
- Nanda R, Conn F. Biomechanical and clinical considerations of a modified protraction headgear. *Am J Orthod Dent.* 1980;78:125-139
- Gu Y, Rabie AB. Dental changes and space gained as a result of early treatment of pseudo-Class III malocclusion. *Aust Orthod J.* 2000;16(1):40-52
- Giancotti A, Maselli A, Mampieri G, Spanò E. Pseudo-Class III malocclusion treatment with Balters' Bionator *J Orthod.* 2003;30(3):203-15.



Correspondencia: shirleyadira@hotmail.com

Recibido: 20-12- 08

Envío revisión: 03-01-09

Aceptado: 16- 04-09