



## Corrección de la maloclusión Clase III con tratamiento combinado ortodóncico-ortopédico

### Correction of Class III malocclusion with combined orthodontic-orthopedic treatment

Anay Rezk Díaz,<sup>1</sup> Yairis Duque Alberro,<sup>2</sup> Osmarys Porras Mitjans,<sup>3</sup> Yolainy Pulido Valladares<sup>4</sup>

<sup>1</sup> Estomatóloga. Especialista de Primer grado en Ortodoncia. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente Ormani Arenado Llonch Pinar del Río. Cuba. [rosaliar@infomed.sld.cu](mailto:rosaliar@infomed.sld.cu)

<sup>2</sup> Estomatóloga. Especialista de Segundo Grado en Ortodoncia. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesora Asistente. Hospital General Docente Abel Santamaría Cuadrado. Pinar del Río. Cuba. [yairisda@infomed.sld.cu](mailto:yairisda@infomed.sld.cu)

<sup>3</sup> Estomatóloga. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y Especialista de Primer Grado en Periodoncia. Instructor. Máster Salud Bucal Comunitaria. Clínica Estomatológica Docente "Ormani Arenado Llonch". Pinar del Río. Cuba. [osmaryspporras@infomed.sld.cu](mailto:osmaryspporras@infomed.sld.cu)

<sup>4</sup> Estomatóloga. Especialista de Primer Grado en Ortodoncia, Máster. Urgencias Estomatológicas. Policlínico Universitario Hermanos Cruz. Pinar del Río. Cuba. [stauros@infomed.sld.cu](mailto:stauros@infomed.sld.cu)

**Recibido:** 19 de abril de 2017  
**Aprobado:** 25 de julio de 2017

## RESUMEN

**Introducción:** las maloclusiones Clase III presentan un reto para el manejo clínico pues a pesar de tener una fuerte base genética presentan una etiología multifactorial; las mismas deben ser diagnosticadas tempranamente ya que el éxito en su tratamiento depende además de un adecuado diagnóstico, de la intervención oportuna y la colaboración del paciente.

**Caso clínico:** se presenta el caso clínico de una paciente de 12 años de edad, raza blanca, con antecedentes de salud que acude a la consulta de Ortodoncia por presentar deformidad facial y alteraciones oclusales en cuya anamnesis figuran antecedentes de mantener hábito de biberón y empuje lingual, presenta relación molar bilateral de mesioclusión, diastemas, resalte negativo de -0.5 mm a nivel del 11, sobrepase de 0 mm y una desarmonía de sus bases óseas. Se optó por una modalidad terapéutica que combinó una aparatología fija (sistema synergy) con el

uso de una mentonera para la corrección de las anomalías esqueléticas y de la oclusión.

**Conclusiones:** con el tratamiento realizado se logró restablecer la oclusión dentaria funcional y estética, así como un perfil armónico.

**DeCS:** MALA OCLUSION; DIASTEMA; HABITOS LINGUALES.

---

## ABSTRACT

**Introduction:** Class III malocclusions present a challenge for clinical management despite having a strong genetic base, these present a multifactorial etiology and must be early diagnosed to achieve success in their treatment and depends on an adequate diagnosis, timely intervention and the collaboration of patients.

**Clinical case:** a 12-year-old female, white patient with a health history who visits the Orthodontic Clinic due to facial deformity and occlusal alterations in which anamnesis appears to be a precursor for maintaining a milk-bottle habit and lingual thrust, having bilateral molar ratio of mesiocclusion, diastemas, negative highlight of -0.5 mm at level 11, exceeding 0 mm and discordant with bony bases. A therapeutic modality that combined with a fixed device (synergy system) was applied with the use of a chin rest for the correction of skeletal abnormalities and occlusion.

**Conclusions:** with the treatment, it was possible to reestablish functional and aesthetic dental occlusion as well as a harmonic profile.

**DeCS:** MALOCLUSION; DIASTEMA; LINGUAL HABITS.

---

## INTRODUCCIÓN

La estética es la principal razón que motiva a los pacientes para buscar el tratamiento ortodóncico debido a que la percepción del perfil facial generalmente está basada en cómo las personas se evalúan a sí mismas.

La belleza y la armonía facial desempeñan una función decisiva en las relaciones sociales del hombre. La estética es una disciplina relacionada con la belleza y la armonía.<sup>1</sup>

Las maloclusiones son habitualmente variaciones clínicamente significativas de la fluctuación normal del crecimiento y morfología.<sup>2</sup>

El niño utiliza los hábitos orales perniciosos como un vehículo para calmar su necesidad emocional y estos hábitos modifican la posición de los dientes y la relación y la forma que guardan las arcadas dentarias entre sí, a la vez que interfieren en el crecimiento normal y en la función de la musculatura orofacial.<sup>3,4</sup>

Cuando la acción muscular se perturba, el equilibrio entre los labios, músculos buccinadores y la lengua actúan de forma anómala sobre las caras vestibulares y linguales de los dientes que trae como consecuencias nuevas y malas posiciones dentarias, lo que crea a la vez una acción muscular anormal que mantendrá estas maloclusiones, así como una marcada afectación en el desarrollo craneofacial.<sup>5</sup>

Dentro de la clasificación de las maloclusiones se encuentran las denominadas Clase III, las cuáles se caracterizan por una relación mesial de la arcada dentaria inferior con respecto a la superior, se manifiestan a una edad temprana por lo que su tratamiento se debe realizar en la niñez, ya que en la edad adulta el tratamiento indicado se basa en la cirugía ortognática. En cuanto a las relaciones esqueléticas de los pacientes Clase III se ha determinado que del 42 al 63 % tienen un maxilar retruído o con una mezcla de maxilar retruído con mandíbula prognática leve o

media. A pesar de tener una fuerte base genética las maloclusiones Clase III presentan una etiología multifactorial, es decir poligénica siendo una interacción genética y ambiental, pero sin embargo el patrón genético conlleva a un pronóstico menos favorable.<sup>6</sup>

La motivación principal de los pacientes para pedir ayuda al ortodoncista es esencialmente de carácter estético. Sin duda, en un alto porcentaje de casos, es necesario un tratamiento combinado ortodóncico-quirúrgico. Por esta razón, resulta claro que los objetivos del tratamiento deben ser estéticos, funcionales, oclusales y psicológicos. El aspecto psicológico influye en gran parte para lograr el éxito, pues el paciente debe someterse a molestias por un largo período de tiempo. Cada tratamiento es capaz de producir uno o más cambios, sin embargo, ninguno ha demostrado la capacidad de producirlos todos en forma simultánea. Por esta razón, la elección de uno u otro método depende, en última instancia, de los objetivos que el clínico, en virtud de cada caso, desee alcanzar.<sup>1</sup>

Las maloclusiones Clase III presentan un reto para el manejo clínico; dichos casos deben ser diagnosticados de forma sistemática para establecer la lista de los problemas presentes y las metas oclusales y faciales del tratamiento ortodóncico. El éxito en el tratamiento de la Clase III depende de un adecuado diagnóstico, así como de la intervención oportuna y la colaboración del paciente.<sup>7</sup>

---

## PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de 12 años de edad, raza blanca, con antecedentes de salud que acude a la consulta de Ortodoncia de la Clínica Estomatológica Docente Ormani Arenado Llonch por presentar deformidad facial y alteraciones oclusales en cuya anamnesis figuran

antecedentes de mantener el hábito de biberón y empuje lingual. En la inspección facial presenta una asimetría facial, un tercio inferior disminuido, perfil recto, con tendencia al patrón braquifacial, la cara de frente ovoide con surco nasogeniano borrado y surco labiomentoniano borrado, con proquelia del labio inferior y retroquelia del labio superior. La exploración intraoral muestra una arcada superior e inferior ovoide con diastema central superior y entre 12 y 13 - 22 y 23, en arcada inferior diastema entre 33 y 34 - 44 y 45, una relación de molares de mesioclusión de media unidad bilateral, resalte negativo de - 0,5 mm a nivel del 11, línea media dentaria inferior desviada a la derecha 1 mm y sobrepase de 0 mm, por lo que clasificamos la maloclusión como Clase III de Angle, (figuras 1 y 2).



**Figura 1.** Características bucales iniciales.



**Figura 2.** Mordida cruzada anterior.

Radiográficamente se observó una buena formación radicular de todos los dientes. Al estudiar los modelos se constató una discrepancia hueso-diente positiva de la arcada superior 2.5 mm y en la inferior 4.1 mm.

En el estudio cefalométrico se diagnosticó un prognatismo inferior con un buen desarrollo de la rama mandibular y palatoversión de incisivos superiores. Se mostró además una tendencia al crecimiento horizontal.

### ESTUDIO CEFALOMÉTRICO

SNA	83°
SNB	83°
ANB	0°
FM	20°
IM	89°
FI	71°
EJE Y	63°
1NA	16°
1NA	3 mm
1NB	22°
1NB	4 mm
1SN	102°
1-1	143°

Se realizó el tratamiento ortodóncico con aparatología fija (sistema synergy) cerrando los espacios inferiores y combinándose con el uso de una mentonera para la corrección de las anomalías esqueléticas y de la oclusión, (figuras 3 y 4).



**Figura 3.** Arcada inferior en la etapa de finalización.



**Figura 4.** Mentonera con fuerzas ortopédicas.

Con el tratamiento combinado ortodóncico ortopédico se logró una oclusión funcional y estética con favorables cambios en la relación maxilomandibular, (figura 5).



**Figura 5.** Características finales de la oclusión.

## DISCUSIÓN

La era actual ha tenido un dramático progreso en el campo de la ortodoncia clínica. Esto es particularmente cierto con respecto a la fase mecánica de tratamiento. Los últimos esfuerzos de investigación se han hecho para aclarar y simplificar el tratamiento.<sup>8</sup>

En este caso el estudio cefalométrico mostró un valor del ángulo SNB de 83° correspondiéndose con un prognatismo mandibular por lo que se trató con una mentonera para aprovechar su efecto ortopédico en una paciente con tendencia de crecimiento horizontal, conjuntamente con una técnica synergy que permitió las correcciones individuales de alineación dentaria, la vestibulo versión de los incisivos superiores para descruzar la mordida anterior, el cierre de los espacios necesarios para reducir la discrepancia hueso-diente positiva y la coincidencia de las líneas medias. Se utilizó el alambre Thermal Niti descrito para esta técnica que se caracteriza por su alta elasticidad y por generar fuerzas muy ligeras independientemente del grado de deformación del arco, dichas fuerzas son constantes y prolongadas, optimizando el movimiento dentario durante la alineación inicial y permitiendo que se exprese la mejor forma de arcada del paciente gracias al estímulo para la formación de hueso alveolar.<sup>9</sup>

Se utilizó además la psicoterapia y la mioterapia para la erradicación de los hábitos que inicialmente presentaba la paciente obteniéndose resultados satisfactorios.

La mentonera ha sido utilizada desde el siglo XIX como control de crecimiento mandibular tanto sagital como vertical según la dirección de aplicación de la fuerza. Tiene unos efectos claros de cambio en el patrón de crecimiento mandibular hacia un crecimiento más posterior con remodelación de la forma mandibular además de efectos dentoalveolares (lingualización de

incisivos inferiores) que sumados ayudan a la corrección de la alteración clase III.<sup>10</sup>

Concluyendo: el caso clínico presentó características de una maloclusión Clase III y con la modalidad terapéutica empleada se logró reducir la discrepancia hueso-diente, mejorar la relación maxilomandibular y el perfil facial, la coincidencia de las líneas medias, resalte y sobrepase funcional.

---

## AGRADECIMIENTOS

A la Licenciada en Gestión de la Información en Salud Dunia Milagros Labrador Falero por la ayuda técnica recibida, asesoramiento metodológico y revisión crítica del estudio.

---

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1. Velázquez Serrano S.N, Gómez Arenas A. Manejo ortodóncico-quirúrgico de un paciente con maloclusión clase II división 2 y mentón prominente. Revista Mexicana de Ortodoncia. [Internet]. 2015 Julio-Septiembre [citado 2016 Nov 10]; 3 (3) [Aprox. 9 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo-2015/mo153h.pdf>
2. Avalos González G.M, Paz Cristóbal A. N. Maloclusión Clase III. Revisión Bibliográfica. Revista Tamé. [Internet].2014 [Citado 2016 feb 10]; 3(8) [Aprox. 4 p.].Disponible en: [http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista\\_tame/numero\\_8/tam148-7\\_pdf](http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_8/tam148-7_pdf)

3. Álvarez Mora I, Lescaille Castillo Y, Mora Pérez C, Pieri Silva K, González Arocha B. Intervención de salud bucal en escolares con hábitos deformantes bucales. Medisur [Internet]. 2013 [citado 2016 feb 10]; 11(4): [Aprox. 11 p.]. Disponible en: <http://medisur.sld.cu/index.php/medisur/article/view/2543>
4. Thomaz EB, Cangussu MC, Assis AM. Malocclusion and deleterious oral habits among adolescents in a developing area in northeastern. Braz Oral Res [Internet]. 2013 [citado 2015 oct 24]; 27(1) [Aprox. 7 p.]. Disponible en: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&nrm=iso&lng=es&tlng=es&id=S1806-83242012005000027](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&nrm=iso&lng=es&tlng=es&id=S1806-83242012005000027)
5. Reyes Romagosa D. E, Torres Pérez I, Quesada Oliva L. M, Milá Fernández M, Labrada Estrada H. E. Hábitos bucales deformantes en niños de 5 a 11 años. MEDISAN [Internet]. 2014 Mayo [citado 2015 oct 24]; 18(5): [Aprox. 6 p.]. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192014000500003&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192014000500003&lng=es)
6. Martínez Asúnsolo P, Paredes Gallardo V, Llamas Carreras JM, Cibrián Ortiz de Anda R.M. Estudio comparativo de las maloclusiones de clase III tratadas con y sin cirugía. RODERIC. [Tesis en Internet]. España: Universidad de Valencia; © 2014 [Citado 2016 feb 10]; [Aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://roderic.uv.es/bitstream/handle/10550/33722/TESIS%20DOCTORAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
7. Mariscal García K.Y, Vásquez Estrada H.A, Hernández Carvallo J.R. Tratamiento ortodóncico camuflaje de paciente clase III esquelética con ausencia de canino superior. Revista Mexicana de Ortodoncia. [Internet]. 2015 Julio-Septiembre [citado 2016 Nov 10]; 3 (3) [Aprox. 5 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo-2015/mo153i.pdf>
8. Lazo Amador Y, Peñalver Soa S, Casamayor Laime DZ. Necesidad de tratamiento ortodóncico en estudiantes de preuniversitario. Rev Cub Med Mil. [Internet]. 2014 [Citado 2015 oct 24]; 43 (1): [Aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0138-65572014000100002&script=sci>
9. Suárez Quintanilla D. Arco recto de baja fricción: sistema Synergy (1<sup>ra</sup> parte). Ortod Esp [Internet]. 2005 [citado 2015 oct 24]; 45(2) [Aprox. 39 p.]. Disponible en: [http://www.sideral.com.pe/admin/archivos/articulos/09062010150958\\_art01\\_dr\\_suarez\\_synergy\\_SWLF.pdf](http://www.sideral.com.pe/admin/archivos/articulos/09062010150958_art01_dr_suarez_synergy_SWLF.pdf)
10. Watkinson S, Harrison JE, Furness S, Worthington HV. Tratamiento ortodóncico para los dientes frontales inferiores prominentes (maloclusión de clase III) en niños. [Internet]. 2013 [Citado 2015 oct 24]; [Aprox. 6 p.]. Disponible en: <http://www.cochrane.org/es/CD003451/tratamiento-ortodoncico-para-los-dientes-frontales-inferiores-prominentes-maloclusion-de-clase-iii>



**Anay Rezk Díaz:** Estomatóloga. Especialista de Primer grado en Ortodoncia. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente Ormani Arenado Llonch Pinar del Río. Cuba. ***Si usted desea contactar con el autor de la investigación hágalo [aquí](#)***