



Maloclusión clase III tratada con máscara facial

Recibido: 16 de octubre de 2017
Aprobado: 09 de enero de 2018

Class III malocclusion treated with facial mask

**Analina Mercedes Bioti Torres,¹
Mariagny Torres Lima,² Anay Rezk
Díaz,³ Alberto Carlos Morejón
Fernández⁴.**

¹ Estomatóloga. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y en Ortodoncia. Máster en Salud Bucal Comunitaria. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente Ormani Arenado LLonch. Pinar del Río. Cuba.
alvaro12@infomed.pri.sld.cu

² Estomatóloga. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y en Ortodoncia. Clínica Estomatológica José Martí. Consolación del Sur, Pinar del Río. Cuba. lima@infomed.pri.sld.cu

³ Estomatóloga. Especialista de Primer Grado en Ortodoncia. Profesor Asistente. Clínica Estomatológica Docente Ormani Arenado LLonch. Pinar del Río. Cuba.
rosaliar@infomed.pri.sld.cu

⁴ Estomatólogo. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral. Clínica Estomatológica Docente Ormani Arenado LLonch. Pinar del Río. Cuba.
albemf12@gmail.com

RESUMEN

Introducción: la maloclusión clase III dento-esquelética se ha considerado a lo largo de la historia como uno de los maloclusiones más llamativas debido a la deformidad facial que puede ocasionar. Todo esto hace que sea considerada uno de los problemas de ortodoncia más complejos y difíciles de diagnosticar y tratar.

Caso clínico: paciente de ocho años de edad, mestiza, que acude a la consulta de Ortodoncia de la Clínica Estomatológica "Ormani Arenado LLonch" por presentar deformidad dentaria en cuya anamnesis se recogen antecedentes de herencia, mantuvo hábito de biberón hasta los tres años y actualmente presenta empuje lingual, relación molar de mesioclusión, una mala relación de sus bases óseas con un cierre bilabial invertido. Se optó por una modalidad terapéutica que incluyó un diagnóstico clínico y cefalométrico con el posterior tratamiento ortodóncico, apoyándonos en la máscara facial para la corrección de las anomalías de la oclusión.

Conclusiones: se presentó un caso clínico de maloclusión clase III a inicios de la dentición permanente y con la aparatología empleada se logró un resalte funcional, así como el restablecimiento de la estética.

DeCS: MALOCLUSIÓN; ORTODONCIA CORRECTIVA; MÁSCARAS FACIALES.

ABSTRACT

Introduction: class III dentoskeletal malocclusion has been considered throughout history as one of the most striking malocclusions due to the facial deformity it can provoke. Making it one of the most complex and difficult orthodontic problems to be diagnosed and treated.

Clinical case: an eight-year-old mixed race female patient, who attended the orthodontic service at Ormani Arenado Llonch Dentistry Clinic for presenting dental deformity and a history of inheritance, she maintained the milk bottle habit until the three years of age, where lingual thrust still persists, molar relationship of mesiocclusion, a poor relationship of the bony bases with an inverted bilabial closure were also observed. A therapeutic modality that included a clinical and cephalometric diagnosis was chosen with the subsequent orthodontic treatment, using a facial mask for the correction of the occlusion anomalies.

Conclusions: a clinical case of class III malocclusion was presented at the beginning of the permanent dentition and with the use of facial mask the function was achieved, along with the restoration of aesthetics.

DeCS: MALOCCCLUSION; ORTHODONTICS, CORRECTIVE; FACIAL MASKS.

INTRODUCCIÓN

Las exigencias estéticas en el mundo actual son motivo de preocupación de los individuos. La sonrisa es la puerta de

entrada a las relaciones humanas, por esta razón se le está dando mucha importancia al cuidado de los dientes en especial a su alineación en el arco dentario.⁽¹⁾

Las maloclusiones son habitualmente variaciones clínicamente significativas de la fluctuación normal del crecimiento y morfología. En el pasado, algunos escritores usaron distintos términos para describir la anomalía comúnmente conocida como maloclusión clase III.⁽²⁾

Angle denominó la maloclusión de clase III como aquella que se caracteriza por una posición mesial de la arcada dentaria inferior con respecto a la superior, es decir el surco vestibular del primer molar inferior ocluye por mesial de la cúspide vestibular del primer molar superior. Principio del formulario normalmente va acompañado de otras características dentarias y esqueléticas que le confieren una enorme variabilidad tanto oclusal como Final del formulario

Principio del formulario

Final del formulario

morfológica o facial.⁽³⁾

La maloclusión clase III dento-esquelética se ha considerado a lo largo de la historia como uno de los maloclusiones más llamativas debido a la deformidad facial que puede ocasionar. Es una disarmonía que suele identificarse muy pronto no sólo por el ortodoncista, sino también por los padres de los pacientes.⁽³⁾

Afortunadamente la maloclusión clase III esquelética es relativamente poco frecuente entre los [casos clínicos de ortodoncia](#), siendo muy variable la prevalencia según los países.⁽³⁾

Podemos distinguir tres tipos de maloclusión clase III:⁽³⁾

1. Maloclusión clase III verdadera: la desproporción de las bases óseas es el origen de la maloclusión.
2. Maloclusión clase III falsa, pseudoprogenie o clase III neuromuscular: se caracteriza por un

adelantamiento funcional de la mandíbula en el cierre oclusal. La retroinclinación de los incisivos superiores o la proinclinación de los inferiores en el contacto oclusal fisiológico fuerza a los cóndilos a mesializarse.

3. Mordida cruzada anterior: la anomalía está circunscrita a la oclusión invertida de los incisivos, estando los huesos maxilares en una relación adecuada.

En cuanto a la etiopatogenia, podemos resumir diciendo que este tipo de pacientes heredan un patrón morfogenético con tendencia a la clase III junto a una disminución de la presión perioral. Por cualquier causa puede aparecer una posición postural baja de la lengua que permita el avance de la mandíbula. Esto desencadena un exceso de crecimiento mandibular, además de disminuir el estímulo para el normal crecimiento del maxilar. ⁽⁴⁾

Las maloclusiones de clase III representan uno de los grandes retos profesionales con los que se enfrenta el ortodoncista. Su tratamiento presenta una gran complejidad. Entre los factores que contribuyen a esta complejidad están el conocer el momento ideal para tratarlas, el emplear la aparatología más adecuada y fundamentalmente la incertidumbre sobre la estabilidad a largo plazo de los resultados conseguidos. ⁽⁵⁾

Un tratamiento ortopédico precoz que proporcione una mejora en el aspecto dentofacial, permitirá inicialmente corregir problemas esqueléticos, dentoalveolares y musculares hasta la fase inicial de la dentición permanente. En este período, el tratamiento ortopédico controla el crecimiento craneofacial, ya que tiende a mejorar el perfil porque protruye o retruye los maxilares que mejora la morfología general y favorece la corrección de los problemas oclusales en los tres planos del espacio. ⁽⁶⁾

La aparatología en ortopedia tiende a realizar los movimientos transversal, sagital y vertical. ⁽⁶⁾

La terapia de la máscara facial para la protracción, con expansión maxilar o no, es el tratamiento temprano más común para la maloclusión clase III. Iniciado en la etapa de la dentición mixta temprana, la justificación para este tratamiento es que la aplicación de una fuerza prolongada en las suturas circunmaxilares puede estimular la neoformación de hueso, dando por resultado el movimiento hacia adelante y debajo del maxilar. ⁽⁷⁾

El tratamiento de la máscara facial reduce la posibilidad de un tratamiento quirúrgico en el futuro. Las pistas de acrílico del expansor palatino de adhesión ayudan a controlar la erupción vertical de los molares y producir un salto de mordida para el descruce y facilitar la protracción maxilar. Produce un aumento del tercio inferior de la cara debido al movimiento hacia abajo del maxilar y rotación hacia abajo y atrás de la mandíbula. Con la máscara facial se rectifica tanto perfil facial como posición del labio inferior. ^(8, 9)

La intervención ortodóntica temprana en la dentición primaria no siempre impide que se presenten problemas ortodónticos en la dentición permanente; sin embargo, la intervención tiene ventajas importantes. ⁽¹⁰⁾

PRESENTACIÓN DE CASO

Paciente femenina de ocho años de edad, mestiza, que acude a la consulta de Ortodoncia de la Clínica Estomatológica "Ormani Arenado Llonch" por presentar deformidad dentaria en cuya anamnesis se recogen antecedentes de herencia, mantuvo el hábito de biberón hasta los tres años y aún persiste el empuje lingual.

En la inspección facial se observa un tercio inferior proporcional, perfil recto, con tendencia al patrón braquifacial, la cara de frente ovoide con un cierre labial invertido.

La exploración intraoral muestra una bóveda palatina profunda con ligero

apiñamiento en el sector anteroinferior, una relación de molares de mesioclusión de 1/4 unidad bilateral, relación canina de mesioclusión de 1/2 unidad bilateral, mordidas borde a borde posterior bilateral, resalte de 0.5 mm y líneas medias dentarias inferior desviadas a la derecha 1 mm, por lo que clasificamos la maloclusión como clase III de Angle. (fig. 1)



Fig. 1 Características clínicas iniciales.

Radiográficamente se observó una buena formación radicular de todos los dientes. Al estudio de los modelos la discrepancia dentaria de la arcada superior fue de (-6.6mm) y de la inferior 0.4mm. Con esta paciente se optó por un tratamiento ortopédico-ortodóncico con máscara facial de Delaire seguido de aparatología fija con técnica MBT, previo estudio clínico y radiológico. (fig. 2)



Fig. 2 Aparato intraoral de la máscara facial.

Criterios esqueléticos y dentarios

Criterios esqueléticos y dentarios

Medidas cefalométricas	Norma	Medidas del paciente
SNA	82°	80°
SNB	80°	80°
ANB	2°	0°
FM	25°	28°
IM	90° (±5)	81°
FI	65°	71°
Eje Y	66°	58°
\perp NA	22°	23°
\perp NA	4mm	5mm
\perp NB	25°	20°
\perp NB	4mm	3mm
\perp SN	103°	113°
\perp -1	131°	139°
Pog-NB	4mm	1.5mm
1-Pog	1:1	3:1.5
1-APog	0(±2mm)	2mm

A los seis meses de tratamiento con la máscara facial se logró una oclusión funcional y estética con favorables cambios en la relación maxilomandibular. En una segunda fase de tratamiento se colocó aparatología fija con técnica MBT para corregir el discreto apiñamiento dentario anteroinferior. (Fig. 3)



Fig. 3 Característica de la oclusión al final del tratamiento.

DISCUSIÓN

La intervención ortodóncica temprana proporciona una mejora en el aspecto dentofacial, permitiendo corregir problemas esqueléticos, dentoalveolares y musculares en la fase inicial de la dentición permanente. ⁽²⁾

Es importante tener en cuenta que para poder modificar el crecimiento las estructuras esqueléticas han de estar en desarrollo, de aquí la importancia de determinar el período más favorable de crecimiento del individuo para poder aplicar este tipo de aparatología. ⁽⁴⁾

Alzate J., y col obtuvieron que el tratamiento temprano con fuerzas ortopédicas para avanzar el maxilar superior pudiera reducir por completo la necesidad de intervención quirúrgica posterior, obteniendo una estabilidad duradera y una expectativa razonable de mejora de la autoestima. ⁽⁹⁾

Da Silva de Carballoy Romero Ortega en sus estudios coinciden con la bibliografía consultada, planteando que la máscara facial es una herramienta efectiva para tratar la maloclusión clase III con un maxilar retrusivo y un patrón de crecimiento hipo divergente, induciendo cambios dentoalveolares, esqueléticos y produciendo mejorías en el perfil. ^(7,8)

Como característica fundamental se encontró que al inicio del tratamiento la paciente presentaba una relación molar de mesioclusión de ¼ de unidad derecha e izquierda. Se utilizaron fuerzas de 350 gr a cada lado, por un período de 12 horas diarias en horario nocturno. A los seis meses de tratamiento se encontró una mejoría notable, logrando un ángulo SNA de 81.5° y ANB de 1.5°, relación molar y canina de neutroclusión, se eliminaron las mordidas bordes a borde bilaterales, resalte de 4.0mm y sobrepase de 1.5 mm, además se logró convertir el cierre bilabial inicialmente invertido en normal.

Concluyendo: el caso clínico presentó características de una maloclusión clase III y con el uso de la máscara facial, se logró una mejoría oclusal, funcional y estética.

AGRADECIMIENTOS

A la Licenciada en Gestión de la Información en Salud Dunia Milagros Labrador Falero por la colaboración recibida y su asesoramiento metodológico.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Tokunaga S, Katagiri KM, Elorza PTH. Prevalencia de las maloclusiones en el Departamento de Ortodoncia de la División de Estudios de Postgrado e Investigación de la Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Revista Odontológica Mexicana. [Internet]. 2014 [Citado 2017 oct 10]; 18(3): [Aprox. 14 p.]. Disponible en: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1870199X1472068>
2. Avalos González GM, Paz Cristóbal AN. Maloclusión clase III. Revisión Bibliográfica. Revista Tamé. [Internet]. 2014 [Citado 2017 oct 11]; 3(8): [Aprox. 4 p.]. Disponible en: http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_8/Tam148-7.pdf
3. Vázquez Valencia A, Meza Lora D, Flores Salas JE, Abitia Hawley D, Hernández Rivas MI, Rodríguez Chávez JA. Corrección de maloclusión clase III mediante tratamiento orto-quirúrgico. Revista Mexicana de Ortodoncia [Internet]. 2016 [Citado 2017 oct 11]; 4(4): [Aprox. 13 p.]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo-2016/mo164g.pdf>
4. 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/105>

50/33722/TESIS%20DOCTORAL.pdf?sequence=1&isAllowed=y

5. Reyes Ramírez DL, Etcheverry Doger E, Antón Sarabia J, Muñoz Quintana G. Asociación de maloclusiones clase I, II y III y su tratamiento en población infantil en la ciudad de Puebla, México. Revista Tamé [Internet]. 2014; 2(6):175-79. Disponible en:

http://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_6/Tam136-03.pdf

6. Da Silva de Carballo LA. Evaluación de la maloclusión clase III según su morfología. Pacientes de ortodoncia interceptiva. Acta Odontológica Venezolana. [Internet]. 2011. [Citado 2015 dic 16]; 49(3): [Aprox. 18 p.]. Disponible en:

http://saber.ucv.ve/ojs/index.php/rev_aov/article/view/9527/9323

7. Romero Ortega BI, Estrada Franco A. Máscara facial de Protracción como tratamiento de Maloclusiones clase III - Reporte de Caso Clínico. Revista Latinoamericana de Ortodoncia. [Internet]. 2010. [Citado 2017 oct 10]; [Aprox. 11 p.]. Disponible en:

<https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2010/art-30/>

8. Alzate J, Álvarez E, Botero P. Tratamiento Temprano de la Maloclusión clase III con aparatología Ortopédica: Reporte de caso con 7 años de control. Revistaodontopediatría [Internet]. 2014. [Citado 2017 oct 10]; 4(1) [Aprox. 15 p.]. Disponible en:

<https://www.revistaodontopediatria.org/ediciones/2014/1/art-9/>

9. Pupo Martínez Y, Carracedo Alejandro K, Gumila Jardines M, Fonseca del Rey S. Trauma dental. Relación con maloclusiones dentarias en la Isla de la Juventud. REMIJ. [Internet]. 2012 [citado 2017 Oct 10]; 13(2): [Aprox. 15 p.]. Disponible en: <http://remij.sld.cu/index.php/remij/article/view/37>

10. Rezk Díaz A, Martínez Vergara Y, Martínez Rodríguez M, Bioti Torres AM. Maloclusión clase III tratada con retropropulsor-estimulador 2. Rev Ciencias Médicas. [Internet]. 2016 [citado 2017 Oct 10]; 20(5): [Aprox. 15 p.]. Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1561-31942016000500017&lng=es&nrm=iso&tlng=es



Analina Mercedes Bioti Torres:

Estomatóloga. Especialista de Primer Grado en Estomatología General Integral y 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](#)***