



CENCOMED (Actas del Congreso), jorcienciapdcl2024, (mayo 2024) ISSN 2415-0282

Síndrome de clase II. Tratamiento.

Lisbet Pineda Bombino¹, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1514-1725>

Yiliam Jiménez Yong², Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-5018-9356>

Yanet Díaz Cárdenas³, Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0352-9765>

¹Especialista de Primer y Segundo Grado en Periodontología. Especialista de Primer Grado Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Investigador Agregado. Clínica Dental Celia Sánchez Manduley. Santa Clara. Villa Clara. Cuba

Correo electrónico: lpinedabombino@gmail.com

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-1514-1725>

²Especialista de Primer y Segundo Grado en Ortodoncia. Máster en Odontopediatría Infantojuvenil. Profesora Auxiliar. Clínica Dental Celia Sánchez Manduley. Santa Clara. Villa Clara. Cuba

Correo electrónico: yilianjy@infomed.sld.cu

³ Especialista de Primer en Ortodoncia y Estomatología General Integral. Profesor Asistente. Clínica Dental Celia Sánchez Manduley. Santa Clara. Villa Clara. Cuba

Correo electrónico: yanetdmd@gmail.com

Autor de correspondencia: lpinedabombino@gmail.com

Resumen

La clase II esquelética representa uno de los grandes desafíos a tratar por parte del Ortodoncista. Ésta se presenta cuando existe una discrepancia entre el maxilar y mandíbula, es decir puede haber un prognatismo maxilar dado por un crecimiento excesivo del mismo, un retrognatismo mandibular o una combinación de ambos. Esto provoca tanto alteraciones esqueléticas como dentarias, presentando apiñamientos, incompetencia labial, perfil convexo, pudiendo ser el tratamiento estrictamente ortodóntico o en ciertos casos requerir de cirugías maxilofaciales. El objetivo de esta investigación fue mejorar el perfil del paciente, tratar de

lograr neutroclusión canina, corregir la incompetencia labial, mejorar el índice de Bolton y mejorar la oclusión dental. El plan de tratamiento incluyó la exodoncia de primeros premolares superiores con el uso de la técnica de arco recto mediante el uso arcos de retracción superior, coil para contracción y cadenas elásticas, mejorando la estética y la función de las estructuras dento faciales.

DeCS: maloclusión, exodoncia, maxilar, oclusión dental

Introducción

Las maloclusiones de Clase II constituyen la mayoría de las alteraciones esqueléticas tratadas en ortodoncia. Se presentan en aproximadamente 1/3 de la población. ⁽¹⁾

El estudio de las maloclusiones esqueléticas en pacientes que han culminado su desarrollo es importante en el diagnóstico y planificación del tratamiento interdisciplinario ortodóncico-quirúrgico ya que nos permite conocer la relación sagital de los maxilares basándose en puntos de referencia anatómicos y estructurales. ⁽²⁾ Diversos son los factores que deben ser evaluados a la hora de determinar un plan de tratamiento entre los que están: el género, la edad, la raza, el biotipo, el pronóstico del desarrollo y la severidad de la discrepancia dentomaxilar. ⁽³⁾

Cuando el crecimiento ha cesado por completo en un paciente con una maloclusión esquelética, la única posibilidad ortodóncica que queda es el camuflaje, mediante compensaciones dentales. ⁽⁴⁾

Para realizar la corrección de las maloclusiones clase II en pacientes adultos, las extracciones pueden incluir los dos premolares maxilares y los dos premolares mandibulares. Las extracciones de únicamente los premolares superiores son indicadas cuando no hay apiñamiento o discrepancia cefalométrica en el arco mandibular. Éstos son probablemente los dientes que más se extraen para propósitos ortodóncicos (de acuerdo con el diagnóstico de la filosofía ortodóncica que se aplique para cada tratamiento), por tener una localización conveniente entre los segmentos anteriores y posteriores. ⁽⁵⁾

Presentación del caso

A la consulta de Ortodoncia acude paciente de sexo femenino de 21 años de edad, la historia médica indica que presentó adenoiditis a repetición con antecedentes hereditarios de perfil

convexo vía materna, sin alergia a medicamentos, con una lactancia materna exclusiva por 4 meses, hábitos de respiración bucal, succión digital hasta los 13 años y biberón hasta los 12 años.

En las fotos extraorales se observa de frente un biotipo dolicofacial con una cara ovoide y el tercio inferior aumentado en relación al nasorbitario, la cara es simétrica con proporcionalidad de los quintos faciales con un perfil blando convexo el cual no mejora con la maniobra de avance mandibular, el labio superior se encuentra a 0mm y el inferior a +1mm de la línea estética de Ricketts, existe incompetencia labial, el ángulo nasolabial es agudo, el surco nasogeniano y labiomentoniano se encuentran marcados. **Figura 1**



Figura 1

En las fotos intraorales se observa versiones, rotaciones y gresiones, irregularidad en las curvas de Spee, resalte incisivo de 9 mm, de canino derecho de 4,5mm y de canino izquierdo de 6 mm, distoclusión de caninos y la relación molar no es clasificable según Angle en ambos lados, la línea media inferior está desviada a la derecha 1 mm, el sobrepase incisivo es de 1/3 de corona y el de los caninos es de 2/3 de corona, mordida encubierta de 15 y 16 con 45.

Figura 2



Figura 2

Al análisis postural el plano biclavicular y biiliaco están divergentes no paralelos, existe un aumento de las curvas de flexión de la columna con un apoyo podal y rodilla valga.

Al análisis de los modelos se determina macrodoncia superior e inferior según índice incisivo de Black, mayor volumen dentario superior según índice de Bolton y discrepancia hueso-diente negativa superior ligera y positiva inferior según mediciones de Rees.

De acuerdo al análisis de los estudios cefalométricos, éstos determinan que presenta prognatismo maxilar, ligero retrognatismo mandibular, macrognatismo anteroposterior del maxilar, rama mandibular corta, patrón de clase II, tendencia de crecimiento vertical, retroinclinación del cuerpo y del plano oclusal, tercio bucal aumentado, protrusión dentoalveolar superior e inferior con mesogresión posterosuperior y la paciente es dolicofacial.

Figura 3

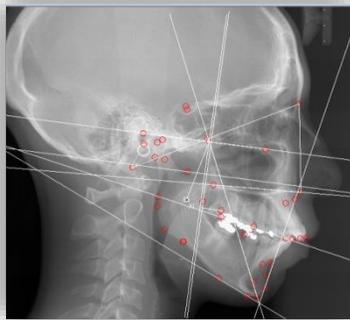


Figura 3

Variable	Norma	Valores
SNA	80-82 °	84,6 °
SNB	78-80 °	77 °
SND	76-77 °	75,3 °
SNGoGn	32 °	39,8 °
FM	25 °	30 °
Eje y	59,4 °	67,7 °

Variable	Norma	Valores
SN plano oclusal	14,5 °	18,5 °
Goniaco inferior	70-75 °	83,1 °
Incisomaxilar	106-112 °	118 °
Incisomandibular	90±5 °	98 °
6NA	27mm	25,8mm
Esfuerzo del labio superior	13-14mm	10mm
Ángulo nasolabial	112 °	82,2 °
ANB	2 °	7,6 °

La radiografía panorámica revela la ausencia de 36, 46, 28, 38 y 48.

Los objetivos fundamentales del tratamiento fueron mejorar el perfil facial con un camuflaje dentario, control vertical, lograr un resalte y sobrepase funcional y de caninos funcionales y simétricos, nivelar la curva de Spee, tratar de lograr la neutroclusión canina, mejorar la tonicidad muscular, así como el índice de Bolton (mayor volumen dentario superior), eliminar la mordida encubierta y corregir la desviación de la línea media inferior.

Plan de tratamiento:

Se propone interconsulta con Ortopedia y con el Equipo Multidisciplinario de Implantología Oral, exodoncia de los primeros premolares superiores con un anclaje superior moderado (transpalatino) e inferior máximo del lado derecho (coil pasivo) y mínimo del lado izquierdo (retroligadura), con el uso de la técnica de MBT.

Secuencia de tratamiento:

De acuerdo con la técnica se colocó aparatología ortodóntica prescripción MBT calibre .022, como anclaje se indica la utilización del transpalatino, seguido de las extracciones. Siguiendo las indicaciones de la técnica, se llevó a cabo la fase I de nivelación con arcos de níquel-titanio redondos. En la fase de mecánica de deslizamiento, se aplicaron fuerzas ligeras y continuas con retroligaduras activas y arcos de trabajo 0.019"x 0.025. Se colocó resorte helicoidal cerrado para retruir sector anterosuperior y cerrar espacios. En la arcada inferior se mantuvo el espacio del 46 para futuro implante con el coil pasivo y el 37 se mesializó con anzas de cierre. Se utilizaron ligas de clase II y se asentó la oclusión.

Para la retención se colocó un removible tipo Hawley con plano de avance en la arcada superior y un removible inferior.

Resultados:

Como se observa en las fotografías extraorales se mejoró el perfil facial y la tonicidad muscular de esta forma se cumplió con los objetivos del plan de tratamiento. **Figura 4**



Figura 4

En las fotografías finales intraorales se logró el camuflaje dentario con control vertical, un patrón masticatorio bilateral alternante, un resalte y sobrepase funcional y de caninos funcionales y simétricos, se eliminaron manifestaciones de la discrepancia, se regularizó la curva de Spee, se corrigió desviación de línea media inferior y se eliminó mordida encubierta.

Figura 5



Figura 5

En el resumen de los valores cefalométricos disminuyó ligeramente el prognatismo maxilar, se logró la corrección de las inclinaciones de los incisivos superiores.

En el análisis de los tejidos blandos mejoró la tonicidad muscular del labio (aumentó el esfuerzo del labio superior: 11,8mm)

La paciente refiere haber quedado satisfecha con los resultados obtenidos.

Comentario

El tratamiento de clase II en adultos requiere un cuidadoso diagnóstico y tratamiento que involucra estética, oclusión y consideraciones funcionales.

Un estudio reciente demostró que la satisfacción del paciente al tratamiento de camuflaje en la maloclusión de clase II es muy parecida a la satisfacción obtenida con un adelantamiento quirúrgico mandibular.

En los pacientes de clase II, la opción de compensar dentalmente una discrepancia esquelética de leve a moderada es a menudo el tratamiento de elección. ⁽⁶⁾

El éxito del tratamiento de ortodoncia depende de varios factores, pero sin duda, uno de estos es el control de anclaje, siendo fundamental en los casos donde la elección es la extracción dentaria. ⁽⁷⁾

La paciente fue tratada de acuerdo con la filosofía y técnica de MBT, con extracciones de primeros premolares superiores. Se colocó el transpalatino para lograr la retracción del segmento anterior y permitir el control vertical. No existió una gran pérdida de anclaje durante la fase de mecánica de deslizamiento pues se efectuó primeramente la retracción de los caninos superiores y luego la retracción en bloque de los cuatro incisivos, preservando de esta forma el mismo.

La técnica de M.B.T en la retracción se emplean bajo la premisa del uso de fuerzas ligeras y continuas mediante el empleo de retroligaduras activas y arcos de trabajo, de acero de 0,019 x 0,025 en ranura 0,022, las fuerzas leves permiten una mayor efectividad y colaboración del paciente ya que no comprometen el anclaje y aumentan el confort. ⁽⁸⁾

Cuando se realizan extracciones de premolares superiores sin extracción de los inferiores, permite que no se retruya el sector antero inferior y que se produce una anterotación mandibular de 1º que proyecta hacia delante el mentón y el incisivo inferior. ⁽⁹⁾

Los tratamientos con extracciones producen cambios muy significativos en el perfil de tejidos blandos por el incremento del ángulo nasolabial y por el movimiento hacia atrás de los labios que cambian, a razón de 1 o 1,5 mm por cada uno de retracción del segmento anterior. ⁽¹⁰⁾

Con la utilización de la técnica MBT en este caso, se pudo lograr un correcto cierre de espacios y corrección de la incompetencia labial, todo gracias a la aplicación precisa de la técnica y a la colaboración del paciente.

La aplicación de la mecánica de deslizamiento con la técnica MBT demostró la importancia de la utilización de fuerzas ligeras para lograr los objetivos del tratamiento y evitar efectos indeseables.

Conflictos de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Referencias Bibliográficas:

1. Prado Segovia JM. Efectividad del Herbst y Advansync en los cambios esqueléticos y dentoalveolares según el estadio de maduración vertebral en pacientes Clase II esquelética. Una prueba clínica aleatorizada. Ecuador: Universidad de Cuenca. [Internet]. 2018 [citado 20 jun 2023]. Disponible en: <https://dspace.ucuenca.edu.ec>
2. Cisneros, D., Parise, J. M., Morocho, D., Villarreal, B., & Cruz, A. Prevalencia de patrones Máxilo-Mandibulares en pacientes de 8, 5 a 12 años, utilizando Cefalometría de Ricketts en servicios de ortopedia universitarios. Revista KIRU. [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2023]; 17(2). Disponible en: <https://doi.org/10.24265/kiru.2020.v17n2.04>
3. Borja Espinosa, DM; Ortega Montoya, EA; Cazar Almache, ME. Prevalencia de las maloclusiones esqueléticas en la población de la provincia del Azuay Ecuador. Research, Society and Development. [Internet]. 2021 [citado 20 jun 2023]; 10(5) [aprox. 8 p.]. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i5.15022>
4. Terrazas A, Anguiano L. Cambios esqueléticos, dentales y faciales en pacientes clase II quirúrgicos tratados con ortodoncia de camuflaje. [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2023]. Disponible en: <http://ri-ng.uaq.mx/handle/123456789/2450>

5. Esquivel Alvirde, A. Tratamiento de una maloclusión clase II división 1 en un paciente adulto. Reporte de un caso. Revista Mexicana De Ortodoncia. [Internet]. 2016 [citado 20 jun 2023]; 3(1). Disponible en: <https://doi.org/10.1016/j.rmo.2016.03.011>
6. Herrera Urquijo V. Desprogramación neuromuscular en paciente con maloclusión esquelética clase II previo a tratamiento ortodóncico-quirúrgico. Revista ADM. [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2023]; 77 (4): 216-221. Disponible en: www.medigraphic.com/adm
7. Gil M. Estudio de la prevalencia de la retrusión de incisivos centrales superiores en clase II molar, segunda división. Universidad Nacional de la Plata. [Internet]. 2019. [citado 20 jun 2023]. Disponible en: <http://sedici.unlp.edu.ar/handle/10915/127523>
8. Soriano E. Mecánica de loops y técnica estándar en el cierre de espacios en paciente adulto con clase II esquelética: reporte de caso. Chimbote: Universidad Autónoma los Ángeles de Chimbote. [Internet]. 2020 [citado 20 jun 2023]. Disponible en: <http://repositorio.uladech.edu.pe>
9. Ubilla Mazzini W, Mazzini Torres F, Moreira Campuzano T, Parrales Bravo C. Corrección de la incompetencia labial mediante extracción de primeros premolares en paciente Clase II. Reporte de caso. Rev. Estomatol. Herediana. [Internet]. 2016 [citado 20 jun 2023]; 26 (3). Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20453/reh.v26i3.2961>
10. Ubilla Mazzini W, Moreira Campusano T, Mazzini Torres F. Mecánica de tratamiento ortodóncico con técnica de Roth en paciente clase II esquelética. Reporte de caso. Rev. Cient. Univ. Odontol. Dominic. [Internet]. 2018 [citado 20 jun 2023]. Disponible en: <http://revistacientificauod.files.wordpress.com>

Conflictos de Intereses

Los autores declaran no tener ningún conflicto de intereses.

Financiación:

Contribución de autoría

1. Conceptualización: Lisbet Pineda Bombino, Yilliam Jiménez Yong, Yanet Díaz Cárdenas
2. Curación de datos: Lisbet Pineda Bombino, Yanet Díaz Cárdenas

3. Análisis formal: Lisbet Pineda Bombino, Yanet Díaz Cárdenas
4. Investigación: Lisbet Pineda Bombino, Yiliam Jiménez Yong, Yanet Díaz Cárdenas
5. Visualización: Lisbet Pineda Bombino, Yanet Díaz Cárdenas
6. Redacción – borrador original: Lisbet Pineda Bombino, Yiliam Jiménez Yong, Yanet Díaz Cárdenas
7. Redacción – revisión y edición: Lisbet Pineda Bombino, Yanet Díaz Cárdenas