

OCCLUSION CLASE II

Silva Valencia Gonzalo Ariel¹
Huaynoca Naira²

RESUMEN

La oclusión dentaria normal se refiere a la relación y contacto de los dientes en función y para-función. Sin embargo no es exclusiva a la relación entre arcadas a nivel de una armonía oclusal, también abarca todos los factores que participan en el desarrollo y estabilidad del sistema masticatorio, la función normal de los dientes y la conducta motora bucal, de lo contrario al no cumplirse con ésta relación se presentaría una mal-oclusión, denominándola; mala alineación y disposición de los dientes, la cual es ocasionada por factores genéticos, traumáticos, funcionales o ambientales; como mordidas cruzadas, sobre-mordidas, apiñamiento dental, traumas, y malos hábitos entre estos los más comunes la succión digital, succión labial y respiración bucal.

Esta mal-disposición dental ha sido clasificada en 3 tipos según Angle quien estableció una clasificación basada en la relación de cúspides entre los primeros molares superiores e inferiores, la cual ha sido tomada como patrón de referencia para las mal-oclusiones, clasificándolas así en: Clase de Angle I- Clase de Angle II y Clase de Angle III.

PALABRAS CLAVE

Distoclusiones – Maloclusiones -
Protrusión

INTRODUCCION

La mordida clase II o mal-oclusión clase II denominada también mesio-oclusión se presenta cuando la cúspide mesio-vestibular del primer molar superior ocluye por delante de la cúspide mesio-vestibular del primer molar inferior. Los dientes de la arcada superior y el maxilar superior se sitúan mesializados al maxilar inferior, que se encuentra retraído. En muchas ocasiones la posición y el tamaño de la mandíbula es normal y la alteración está ubicada en la posición adelantada del maxilar superior.

Puede haber también una combinación de protrusión maxilar y retrusión mandibular. Entonces la suma de estos factores conlleva a una clase II esquelética¹.

Dentro de la mordida clase II se distinguen dos variedades:

1. Mal-oclusión clase II, División 1:

Cuando los incisivos superiores están protruidos, con overjet aumentado².

2. Mal-oclusión clase II, División 2:

Cuando los incisivos centrales superiores tienen una posición de retro-inclinación coronaria, con los incisivos laterales en vestibulo-versión, estos casos presentan overjet disminuido y sobre-mordida profunda en el sector anterior².

Cuando la mordida clase II molar se observa unilateralmente se habla de clase II subdivisión derecha o izquierda, por otra parte según la magnitud de la anomalía se la clasifica en:

- a. **Mal-oclusión clase II Completa:** Se presenta una mordida clase II completa; cuando la cúspide mesio-vestibular superior ocluye en el espacio inter-dentario entre el primer

¹ Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

² Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

molar inferior y el diente
antecedente²

b. **Mal-oclusión clase II Incompleta**

Se presenta una mordida clase II incompleta; cuando existe una relación cúspide a cúspide en el sentido sagital, por lo que las caras mesiales de ambos primeros molares; superior e inferior, están en un mismo plano. Este tipo de clase II por lo general son resultado de las rotaciones mesiales de los primeros molares superiores.

Siendo la mordida clase II una completa disarmonía entre las relaciones dentarias normales, se debe considerar también las relaciones caninas y molares para así identificar el grado de anormalidad al que pertenece, por lo cual es de suma importancia conocer; la distancia de canino a canino, overjet y overbite².

RELACIONES CANINAS Y MOLARES EN CLASE II

La relación canina molar en clase II puede ser:

- **Relación canina:** En una mordida clase II la relación canina en las piezas superiores es menor, con relación a la distancia normal o está ubicado por delante de los caninos inferiores³.
- **Relación molar:** En una mordida clase II la relación con los dientes totalmente alineados y de tamaños armónicos, producirán un **overjet** aumentado o negativo respectivamente³.

Muchas veces la alteración del overjet en la mordida clase II es un problema multifactorial, por lo que la elaboración de un diagnóstico diferencial requerirá el estudio cefalométrico, que aportara datos precisos en lo referente a torque incisivo, anomalías horizontales, verticales y

dento-esqueletales que pueden ser causa de alteración en el resalte incisivo, por lo cual es necesario apuntar la importancia en la diferencia de un overjet normal y un overjet presente en una mal-oclusión clase II³.

OVERJET O SOBRE-MORDIDA EN MORDIDA CLASE II

El overjet en una mordida clase II se presenta como una distancia en sentido vertical entre los bordes incisales de los incisivos centrales superior e inferior y se proyecta el borde incisal superior sobre la cara vestibular del inferior en forma paralela al plano oclusal, se mide la distancia desde esta marca al borde incisal del incisivo inferior⁴.

Se considera positivo cuando el borde incisal del superior está por debajo del inferior. En los casos de mordida abierta los valores son negativos. La norma es de +2,5 a 3mm y presenta variaciones de acuerdo con las inclinaciones de las vértices cuspideas de los sectores posteriores y la guía condílea con las cuales debe armonizar. Desde el punto de vista funcional el overbite normal, es aquel que permita la desoclusión de los premolares y molares cuando los incisivos realicen una oclusión borde a borde⁴.

La magnitud del overbite en la mordida clase II está en relación a las características de la curva de Spee, que se mide en el modelo inferior, donde su profundidad es la distancia desde un plano que va desde la cúspide disto-vestibular del segundo molar al borde incisal del incisivo, hasta la parte más profunda de la línea curva delimitada por las cúspides vestibulares de los premolares y molares. Cuando ésta curva es plana existe un overbite normal. Las curvas profundas indican una supra-erupción incisiva y producen un entrecruzamiento excesivo. Y las curvas

invertidas se presentan en las mordidas abiertas⁴.

En conclusión la mordida clase II es una alteración esquelética y dentaria que está completamente relacionada a los parámetros anteriormente mencionados, sin embargo ésta mal-oclusión podría relacionarse a otros factores, siendo estos muchos y de diferencia absoluta son denominados multifactoriales. Entre los muchos factores causantes de esta mal-oclusión se encuentra la alteración volumétrica donde alteraciones de tamaño del maxilar y mandíbula pueden combinarse causando la mal-oclusión, presentándose así un maxilar superior grande con respecto a una mandíbula pequeña, o una mandíbula normal, o una mandíbula pequeña con respecto a un maxilar normal o en otro caso la suma de ambos un maxilar grande y una mandíbula grande⁴.

Sin embargo, la mordida clase II deriva de tres factores principales:

FACTORES CAUSANTES DE MORDIDA CLASE II

Entre los muchos factores predisponentes causantes de una mordida clase II se encuentran:

1. **Factores hereditarios;** tomando en cuenta que la mordida clase II tiene un fuerte componente hereditario el cual puede transmitirse de una forma dominante o de una forma recesiva. Estas mal-oclusiones son de naturaleza poli-génicas, es decir que no solo hay un gen determinando la instalación de la mal-oclusión, si no que hay muchos genes que pueden participar para que un individuo presente mordida clase II⁵.
2. **Factores relacionados con la forma y tamaño de los dientes;** son de suma importancia en este tipo de

mal-oclusión, puesto que si existen dientes pequeños en maxilares grandes, existirán espaciamentos inter-dentales, si por el contrario existen dientes grandes en maxilares pequeños entonces se produce lo contrario: apiñamiento.

Por otra parte es necesario apuntar que las interferencias oclusales pueden crear una falsa mal-oclusión, o una desviación de la mandíbula a la oclusión, la cual puede ser detectada llevando al paciente de oclusión céntrica a relación céntrica⁵.

3. **Factores relacionados con la función labial y lingual;** la función labial tiene un papel muy importante en el desarrollo o no de una mal-oclusión puesto que en el equilibrio muscular labial hay dos fuerzas que van a oponerse para que los dientes se mantengan derechos en los alvéolos, por fuera los labios y por dentro la lengua. Estas dos fuerzas musculares deben estar en equilibrio, cuando se rompe el equilibrio porque los labios ejercen demasiada fuerza, o porque la lengua ejerce mayor fuerza que los labios, entonces se produce la mal-oclusión.

Para que se dé un adecuado cierre dentario, es decir un adecuado overjet, overbite, debe compensarse ese equilibrio, si el individuo tiene una hipo-tonicidad del labio superior, la lengua sigue ejerciendo su fuerza, la cual al no ser compensada por la fuerza del labio permitirá la protrusión de los incisivos. Puede presentarse el caso contrario, en que el labio superior está hipertónico, ejerciendo una fuerza muscular muy grande, en este caso, los dientes superiores se retro-inclinan, se lingualizan. Esto es típico en las mal-oclusiones Clase II división 2, porque hay una hipertrofia e hiper-tonicidad del orbicular de los

labios⁵.

4. **Factores Locales y ambientales** En una mordida clase II existen elementos conocidos como factores ambientales que pueden influir sobre el individuo para que se instaure una mal-posición, aunque existes innumerables factores relacionados con este grupo los de mayor repercusión son los malos hábitos denominados como la costumbre o práctica adquirida por la repetición frecuente del mismo acto, a cada repetición se hace menos consciente y si se repite con frecuencia, están presentes generalmente a temprana edad, por lo cual pueden ser corregidos, entre los más comunes se encuentran⁵:

- a. **Succión del pulgar:** La succión del pulgar es el más común entre los hábitos, los músculos activos en este hábito tienen la función de crear un vacío en la cavidad oral, por lo tanto la mandíbula se deprime por acción del pterigoideo externo aumentando el espacio intra-oral y creando una presión negativa, y así los músculos de los labios se contraen impidiendo que el paso del aire rompa el vacío, dando lugar a una mordida clase II⁵.
- b. **Succión del labio** Este hábito es común primordialmente en niños, produce retro inclinación de los dientes antero-inferiores y protrusión de los dientes superiores⁵.
- c. **Respiración bucal:** Es el hábito más frecuente y más ligada a la mordida clase II, con el tiempo se ha tratado de establecer una relación causa y efecto respecto a este hábito, sin embargo queda comprobado que todo paciente

respirador bucal, también es un paciente con mordida clase II, este habito está ligado a distintos factores sumamente importantes, entre estas causas se encuentran:

- Hipertrofia de amígdalas y adenoides (39%)
- Rinitis alérgicas (34%)
- Desviación del tabique nasal (19%) que obligan a sustituir la función nasal por la bucal. Aunque la mayoría de los respiradores bucales tienen la doble función, es decir que respiran por la boca pero también por la nariz.
- Hipertrofia idiopática de cornetes (12%)⁵.

TRATAMIENTO

Dentro del tratamiento para este tipo de mordida existen variedades de opciones dentro del campo de la ortodoncia, por lo tanto su tratado es netamente ortodoncico, dependiendo del sub-tipo y el grado de mal-oclusión.

En la actualidad el principal punto de importancia para el inicio de el tratamiento es descruzar la mordida, ya sea lateralizada o protruida, y como segunda prioridad está el movimiento migratorio dentario, tomando en cuenta el espacio inter-dental, la forma del arco dentario y la presencia o ausencia de piezas dentales.

Durante el periodo de tratamiento existe la posibilidad de la extracción programada de piezas dentales para la habilitación de espacios inter-dentarios y la futura dentalización o mesialización de los dientes hacia estos espacios con el objetivo de llegar a una mordida clase I. estas extracciones deben ser programadas en casos sumamente

necesarios, cuando existen apiñamientos que imposibilitan el tratamiento, por lo general las piezas que son extraídas son los 2 premolares superiores e inferiores. Para luego mesializarlos o distalizarlos respectivamente mediante el uso de ANSA o LOPP, brackets, ligas y gomas especialmente dispuestas pieza a pieza durante el tratamiento. Por lo general este dura de 1 a 2 años dependiendo del grado de mal-oclusión, la constancia y colaboración del paciente⁶.

BIBLIOGRAFIA

1. Graber Vanarsdall V. Ortodoncia Principios, Técnicas y Actualidades. 4ª Edición. Editorial Elsevier. España. 2006; 149, 150.
2. Gregoret J. Ortodoncia y Cirugía Ortognatica Diagnostico y Planificación. 1ª Edición. Editorial Espax Barcelona 2004; 233-240.
3. Nanda. B. Biomecánica en Ortodoncia Clínica. 1ª Edición. Editorial Panamericana Montevideo, Uruguay. 1999; 206,207,208.
4. Juan Aguila F. Tratado de Ortodoncia. 1ª Edición. Editorial Amolga. Bogotá Colombia. 2003; 4-10.
5. Quiroz Álvarez O. Ortodoncia Nueva Generación. 3ª Edición. Editorial Amolga. Bogotá Colombia. 2005; 30-38
6. Bennet J. C. Tratamiento Ortodoncico de la Maloclusión de Clase II. 1ª Edición. Editorial Elsevier. 2006; 3-7