

## TRATAMIENTO DE CLASE III EN ORTODONCIA

Ticona Apaza Hernán<sup>1</sup>

### RESUMEN

La clase III en ortodoncia se desarrolla por la maloclusión, también influyen otros factores como ser: las alteraciones funcionales que son la malposición dentaria en el maxilar superior e inferior. En otros casos puede tratarse de una clase III de tipo esquelético que se desarrolla por una alteración en la relación anteroposterior de las bases óseas maxilares.

El tratamiento en una maloclusión de clase III es multidisciplinario, dependiendo de la valoración del paciente, del diagnóstico y del caso clínico se requerirá de cirugía ortognática, tratamiento ortodóntico previo a la cirugía, desgastes interproximales, terapia ortopédica y miofuncional que funciona mejor en pacientes en periodo de crecimiento, extracciones dentarias seriadas en caso de falta de espacio, observar si la mordida es bis a bis, totalmente cubierta, mordida en tijera, cruzada o anteroposterior para determinar el tipo de aparatología a usar, es necesario observar la higiene oral del paciente para determinar el uso de aparatos fijos o removibles. Si un paciente tiene enfermedad periodontal o alguna enfermedad sistémica debe ser controlada por una interconsulta con otras especialidades como el otorrinolaringólogo o el logopeda, por ejemplo en pacientes que presentan respiración bucal o alteraciones del lenguaje y las alternativas de tratamientos que sean necesarias.

## PALABRAS CLAVES

Maloclusión Clase III, mesialización, pseudoprogнатismos.

### INTRODUCCION

La maloclusión de clase III en ortodoncia llamada también mesiooclusión se refiere a la alteración funcional o malposición de las piezas dentarias o a un problema esquelético en el cual se produce una mesialización de la mandíbula, produciéndose una protusión o labialización de los incisivos inferiores, en algunos casos produce un contacto borde a borde siendo frecuente la mordida cruzada uni o bilateral llamada también "mordida en tijera" o en "caja unilateral o bilateral" (Síndrome de Brodie).<sup>1</sup>

Para el tratamiento de la clase III se requiere que se utilicen procedimientos para ubicar la dentición, conseguir y mantener, una relación incisiva correcta. Este tipo de tratamiento dependerá de la identificación de la maloclusión y una evaluación de los cambios que surjan después del mismo. Sin embargo la maloclusión de la clase III en muchos de los casos es de base genética como también de etiología multifactorial, factores que muchas veces están relacionados entre sí.<sup>1,4,5</sup>

Para el tratamiento ortodóntico de la clase III se deben de combinar factores como un buen plan de tratamiento y una excelente biomecánica, de esta manera mejorara la oclusión y la armonía facial.<sup>1,3</sup>

### EPIDEMIOLOGIA

El sistema nacional de información de salud SNIS de La Paz del Estado

<sup>1</sup> Univ. Tercer Año Facultad de Odontología UMSA

plurinacional de Bolivia no presenta datos epidemiológicos registrados sobre la maloclusión de clase III en ortodoncia, pero los datos generales según Da Silva en las sociedades asiáticas muestran que el 4 -13% presentan deficiencia maxilar, mientras que otros estudios afirman que del 42 al 63% de los pacientes muestran deficiencia en la maloclusión de Clase III esquelética.<sup>8.</sup>

### CUADRO CLINICO

La maloclusión de la clase III puede ser relacionada con componentes óseos o dentarios que son:

- Respecto a los tejidos periodontales la maloclusión de clase III a temprana edad presenta una retracción gingival en los incisivos del maxilar inferior, por lo tanto requiere un procedimiento precoz ortodoncico.<sup>4,6.</sup>
- En una oclusión céntrica se debe observar el grado de mesialización del molar temporario o permanente, ver si los molares y caninos del maxilar inferior ocluyen por mesial. En este caso el estado de la maloclusión determinará el grado del problema.<sup>2,3.</sup>
- En la maloclusión de clase III frecuentemente se observa mordidas cruzadas posteriores unilaterales como también bilaterales.
- Con respecto a la relación transversal la mordida cruzada posterior es muy frecuente en la clase III, la desviación y mesialización funcional, también puede tratarse de un problema óseo verdadero, de alteraciones a nivel de las bases óseas maxilares ocasionadas por malos hábitos como por ejemplo: respiración bucal que en la mayoría de los casos tienden a desarrollar maloclusión de clase II, succión digital lactancia artificial y

uso prolongado de los chupones o biberones, entre otros también condiciona que en el maxilar inferior la arcada sea más ancha transversalmente es decir que esté por delante con respecto a su antagonista.<sup>1,4.</sup>

- En la relación vertical a nivel incisal, la relación varia, es necesario determinar dentro de los seudoprognatismos, los casos en que existe un sobrecierre mandibular o mordida cubierta.
- La discrepancia volumétrica presente en la clase III, el exceso y la falta de espacio, por el tamaño de la dentición en relación a las bases óseas maxilares llevan a manifestar una maloclusión en la arcada dentaria. Según Canut (2000), el maxilar inferior por tener un arco amplio frecuentemente presenta diastemas y esto provoca grandes espacios interproximales que llegan formar prognatismos graves.<sup>1.</sup> Respecto al maxilar superior en la mayoría de los casos se encuentra comprimida transversal y sagitalmente que afectan a los caninos permanentes.
- Finalmente al presentar una lengua baja que descansa sobre la parte interna de la apófisis alveolar inferior provoca una dilatación de la arcada dentaria mandibular, a la vez, la falta del soporte lingual en la bóveda palatina ocasiona el colapso de la arcada del maxilar superior por la presencia de la musculatura del buccinador.<sup>1.</sup>

### DIAGNOSTICO DIFERENCIAL

Es pertinente considerar el diagnostico diferencial de la maloclusión de la clase III, que se desarrollara en los siguientes puntos:

1. **Mordidas cruzadas simples.-** Según Canut (2000), en algunas ocasiones la relación oclusal invertida es solo un problema de mal posición dentaria individual. No afecta a la actividad funcional y el resto de la dentición mantiene una buena oclusión.<sup>1</sup>
2. **Seudoprogenie.-** Según Canut (2000), el grado más avanzado es la mala oclusión funcional donde la mandíbula se encuentra desplazada de la posición fisiológica y mesializada en el momento del contacto oclusal, lo que en un principio era una mordida cruzada simple se transforma en una mala oclusión que abarca a todo el grupo de las piezas dentarias incisivas afectando a todo el conjunto estomatognático.<sup>1</sup>
3. **Clase III esquelética.-** Según Canut (2000), la relación anteroposterior de las bases óseas es el origen de la anomalía, por lo tanto no hay mesialización funcional del maxilar inferior y coincide la relación céntrica cóndilo-fosa con la oclusión céntrica<sup>1</sup>. En el análisis intraoral podremos observar una gran desviación oclusal hasta la relación borde a borde, también se puede observar una lingualización de los incisivos inferiores y la vestibularización de los incisivos superiores, aunque se puede deducir que la relación intermaxilar de clases III lo produce la maloclusión y no así la relación interdientaria.<sup>1,4</sup>
4. **Clase III quirúrgica.-** Según Canut (2000), la distribución se establece por la intensidad de la displasia ósea, por lo tanto se clasifican en ligeras, medias y graves que se consideran como clase III quirúrgica. Por lo tanto la mordida cruzada bilateral no suele ir acompañada de apiñamiento de las piezas dentarias superiores, siendo

que en el maxilar inferior se observa un apiñamiento con retroinclinación de los incisivos inferiores, disminución del resalte oclusal, presencia de diastemas y un aumento del resalte negativo. En muy pocos casos se encontrará una clase III que solo tenga prognatismo mandibular porque la mayoría muestra una combinación de retrognatismo maxilar y prognatismo mandibular.<sup>1</sup>

## TRATAMIENTO

Para el tratamiento de las clases III en ortodoncia se debe de considerar el diagnóstico, la gravedad del caso clínico, la edad del paciente, así como el tipo de dentición y la etiología de la maloclusión, por tal razón el tratamiento de la clase III de ortodoncia tiene un objetivo en particular que se refiere al alineamiento de las piezas dentarias que requieren procedimientos que nos llevan a una dentición incisiva correcta en el complejo facial como también el de mejorar la armonía facial respecto a las medidas cefalométricas ideales.<sup>2,4,7</sup>

### 1.- Tratamiento según la naturaleza.

- a) **Seudoprognatismo.-** el propósito correctivo consiste en la lingualización de los incisivos inferiores y la vestibularización de las piezas dentarias superiores. Es también necesaria la expansión del maxilar superior para armonizar transversalmente la oclusión. Este tratamiento se realiza mediante placas activas, planos inclinados, etc., tanto en dentición mixta como permanente.<sup>1,2,4</sup>
- b) **Clases III dentoalveolares.-** El tratamiento correctivo consiste en mover ambos maxilares, realizado con el aporte de un aparato de acción bimaxilar, aparato multibracketts de

control radicular, con elásticos intermaxilares de clase III o un aparato funcional.<sup>1,4</sup>

- c) **Clases III esqueléticos.**-El tratamiento es ortopédico y se aplica en pacientes en plena etapa de crecimiento; en el adulto, el único tratamiento es la cirugía ortognática que se realiza para coordinar la relación de las bases maxilares y solucionar la deformación facial.<sup>1,4.</sup>

## 2.-Tratamiento según la edad.

Según Canut (2000), de acuerdo a la edad de los pacientes se puede distinguir tres tipos de tratamiento que son los siguientes: <sup>1.</sup>

- a) **Tratamiento en piezas dentarias temporarias.**- Se puede corregir la mordida cruzada con placas activas o también aparatos funcionales, si la mal oclusión va avanzando con el tiempo se aplicara una mentonera, si se sospecha el inicio de una displasia para recuperar la posición de equilibrio del maxilar inferior mediante la retrusión forzada por el aparato. El tratamiento es la mejor profilaxis de un prognatismo verdadero en edad adulta y cualquier tratamiento más tarde deja secuelas morfológicas en forma de prognatismos o retrognatismos residuales enmascarados por una relación dentaria compensatoria, tomando en cuenta que también puede ser de origen hereditario.<sup>1,2,4.</sup>
- b) **Tratamiento en dentición mixta.**- La salida de las piezas anteriores, es el momento oportuno para tratar la maloclusión incipiente con la finalidad de evitar la mordida cruzada y que no existan consecuencias dismórficas. Según Canut (2000), se clasifica en **a)** el momento de la erupción de los incisivos superiores, un plano de

mordida puede guiar la posesión de los dientes maxilares y beneficiar el resalte, **b)** cuando uno o varios incisivos hacen erupción e ingresan en oclusión cruzada una placa activa puede corregir la anomalía, **c)** si existe recesión gingival inferior por la erupción de los incisivos superiores, por lo tanto es preferible usar una placa activa con resortes para incisivos superiores y un arco de progenie que establezca el frente incisivo mandibular, **d)** respecto a las mordidas cruzadas anteriores que afectan el frente incisivo con componente funcional y esquelético, es preferible saltar la oclusión, lo que se realiza con placa removible. <sup>1.</sup>

**5.-Tratamiento quirúrgico – ortodóncico.**- Ha hecho posible la solución de problemas de maloclusión con la severa deformidad facial imposibles de mejorar por medio de la terapéutica mecánica y el desplazamiento dentario, evitando avance y retroceso mandibular, avance y retroceso maxilar, impactación y una buena planificación del plano oclusal.<sup>1,9.</sup>

**6.- Máscara facial.**- Según Canut (2000), es un aparato que permite ejercer una atracción anterior de la arcada superior. Este aparato ortopédico ayuda a la tracción anterior sobre el maxilar superior para estimular el crecimiento, cuando se insertan los elásticos hacen tracción desde los molares donde se realiza una acción de protrusión sobre el maxilar. <sup>1,4.</sup>

**7.- Quad - Helix.**- Es un expansor palatino que tiene forma de un arco de alambre con cuatro helicoides, así como dos brazos aplicados a la superficie palatina de los dientes. Se puede encontrar distintos diseños según se requiera para actuar sobre el segmento palatino posterior o anterior, unilateralmente o de manera total,

también sirve para dar crecimiento sutural maxilar del alveolo dentario.<sup>1,4.</sup>

**8.- Hawley con almohadillas labiales.-**

Son los más usados y tiene múltiples variaciones. Se componen de una base en acrílico con ganchos de retención en los molares y un arco vestibular en la región de los caninos, para presionarlos. Además busca mantener el alineamiento dental postortodóncico.<sup>1,4,6.</sup>

**9.- Mentonera.-** Son aparatos ortopédicos que se utilizan para limitar el crecimiento mandibular en los casos de prognatismo mandibular. Su utilización se realiza por medio de elásticos a un soporte occipital conectada al mentón.<sup>1,4.</sup>

**10.- Elásticos intermaxilares de clase III.-** Según Canut (2000), se encuentra dentro de la aparatología de multibandas para realizar el control radicular, donde se usan gomas intermaxilares para el tratamiento de la protrusión de la arcada inferior y retrusión de la maxilar superior. Finalmente todos estos procedimientos son los que proporcionan un tratamiento adecuado en la clase III de ortodoncia.<sup>1.</sup>

Trevis J. H. Mecánica sistematizada del tratamiento ortodóncico. 1ra ed., Sao Paulo - Brasil. Editorial HARCORT. 1999;50-150.

5. Ureña, A. J. y de Harfin F..J. Ortodoncia lingual procedimientos y aplicación clínica. 1º ed., Buenos Aires- Argentina. Editorial Medica panamericana S.A. 2010; 139-140
6. Cuba, Espinosa V.. Tratamiento de la maloclusión clase III con la técnica MEAW. Disponible en: <http://www.e-ortodoncia.com/foro/otras-tecnicas/2850-meaw-clase-iii.html>. Fecha de acceso 7 de mayo de 2012.
7. DA Silva de Carballo L. Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría. Disponible en: [http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/diagnostico\\_tratamiento\\_maloclusion.asp](http://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2005/diagnostico_tratamiento_maloclusion.asp) 22-nov.-2010, 12:00. Fecha de acceso: 30/04/2012 .
8. Gnathos.fundación. Tratamiento ortodóncico quirúrgico. Disponible en: [http://www.gnathos.net/upload/cursos/10/programa/7/gnathos\\_programa\\_t0q.pdf](http://www.gnathos.net/upload/cursos/10/programa/7/gnathos_programa_t0q.pdf) 12- dic.- 2009. Fecha de acceso 4 de mayo de 2012.

**BIBLIOGRAFIA**

1. Canut, Brusola J. A. Ortodoncia clínica y terapéutica. 2da ed., Madrid-España. Editorial Masson. 2000;599,605,606,610,611,622- 635.
2. Durán, Von Arx y J. M. UstrellTorrent. Guía de Ortodoncia, 2º ed., Barcelona España. Editorial Universidad De Barcelona. 2002;110.
3. Graber, T. M., Rakosi, T. y Petovic G. A. Ortopedia diferencial con aplicaciones funcionales. 2da ed., Saupablo – Brasil. Editorial Pontifice. 1995; 115-205.
4. Harfin IN, F. J.. Tratamiento Ortodóncico en el adulto. 2º ed., Madrid- España. Editorial Médica Panamericana S.A. 2005; 223. Mclaughlin, P. R., Bennett C. J. y