

# Tratamiento de una maloclusión clase III en dentición decidua

Malocclusion class III treatment in teething decidua

Manuel Gustavo Chávez Sevillano<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento Académico de Estomatología Pediátrica, Facultad de Odontología de la Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú.  
E-mail: gustavocho@hotmail.com

## Resumen

A medida que aumenta la edad, la cuantía de crecimiento disminuye y las clases III esqueléticas, se hacen más estables. El objetivo del tratamiento de la maloclusión de clase III en dentición decidua, es lograr un ambiente favorable para un mejor desarrollo dentofacial. En el presente artículo se propone un resumen teórico sobre tratamiento de maloclusión de clase III en dentición decidua y se presenta el Reporte de un caso.

## Abstract

According as age increases, growth decreases and Class III skeletal patterns become more stable. The objective of Class III malocclusion's treatment in primary dentition is to get a favorable environment to achieve a better dentofacial development.

This article's objective is to give a theoretical summary about treatment of Class III malocclusions in primary dentition, and to present a case report.

**Palabras clave:** maloclusión de clase III, tratamiento ortodóncico, dentición decidua.

**Key words:** class III malocclusion, Orthodontic treatment, primary dentition.

Una de las maloclusiones más difíciles de diagnosticar y tratar es la maloclusión clase III, particularmente en las denticiones mixta y decidua, como lo afirman Mc Namara y Brudon<sup>1</sup>. Esta anomalía de oclusión es fácilmente identificable, no solo por los especialistas y los clínicos generales, sino también por el resto de la población. El aspecto de un resalte horizontal negativo de los incisivos, motiva a los padres a buscar tratamiento ortodóncico para su hijo.

La maloclusión clase III se caracteriza por prognatismo mandibular, retrusión maxilar o la combinación de ambos, con perfil cóncavo, sobremordida y sobresaliencia disminuida o hasta negativa<sup>1,2</sup>. Su corrección en la actualidad también es desafiante y muchas veces nos sentimos intimidados frente a este problema psicosocial, estético y funcionalmente deformante como lo afirma Gonçalves<sup>3</sup>.

La maloclusión clase III generalmente se manifiesta desde una edad muy temprana y típicamente se evidencia por una relación incisal borde a borde o por una mordida cruzada anterior.

Con el advenimiento de varios procedimientos terapéuticos se realizaron estudios para determinar la época ideal de tratamiento y se instaura entonces el tratamiento precoz, trayendo resultados satisfactorios con alteraciones esqueléticas definitivas que benefician mucho al paciente portador de esa desarmonía facial, principalmente los caracterizados por retrusión maxilar<sup>4</sup>.

Según Mc Namara y Brudon<sup>1</sup>, existen varias opciones terapéuticas. Por ejemplo, en el tratamiento de la retrusión maxilar esquelética se recomienda el dispositivo RF-3 de Frankel RF-3 de Frankel<sup>5</sup>. Por otro lado, la mentonera ortopédica recomendada por Thilander<sup>6</sup>, Graber<sup>7</sup>, Sakamoto<sup>8</sup> y Sugawara<sup>9</sup>, ha sido utilizada en los casos de prognatismo mandibular.

Recientemente, la Máscara Facial Ortopédica popularizada por Delaire<sup>10</sup> y modificada por Petit<sup>11</sup>.

Cada uno de estos procedimientos produjo efectos terapéuticos favorables, sin embargo, existen diferencias sustanciales con relación al tiempo de corrección, dependiendo de la región del complejo craneofacial afectado.

Según Bishara<sup>12</sup>, es importante considerar, al evaluar la relación de clase III durante el periodo de la dentición decidua o mixta, si el problema es de origen dentoalveolar o esquelético. La mordida cruzada anterior puede ser causada por la inclinación inadecuada de los incisivos maxilares y mandibulares, por interferencias oclusales (funcionales) o por discrepancias esqueléticas del maxilar o de la mandíbula. La posibilidad de tratamiento en este momento debe considerarse con cuidado en estos casos.

Canut<sup>13</sup> afirma que es mejor iniciar la corrección de la clase III tan pronto como sea posible para favorecer precozmente, el normofuncionalismo estomatognático. La mordida cruzada se puede corregir con placas activas, aparatos fijos y aparatos funcionales. Es difícil distinguir a esta edad si la maloclusión empeorara con el tiempo. Se aconseja utilizar mentonera si se sospecha el inicio de una displasia, con la finalidad de recuperar la posición de equilibrio de la mandíbula mediante la retrusión forzada por el aparato. El tratamiento a esta edad es con el fin de lograr que el marco maxilofacial no

quede afectado por una maloclusión incipiente y favorecer que al hacer erupción los dientes permanentes entren en oclusión normal ambos incisivos.

**CASO CLINICO (Figs. 1-22)**

Nombre: M. E. S. V.

Edad: 5 años 2 meses

Sexo: Femenino

Raza: Mestiza

Diagnóstico: Maloclusión clase III en dentición decidua.

Tratamiento: Placa de levante de mordida posterior con aparatología fija superior.

Tiempo de Tratamiento: 2 meses.

Motivo de Consulta: "Tiene una mordida anterior rara"

Imágenes extraorales del caso clínico: Fase inicial



Fig. 1: Frontal



Fig. 2: Lateral



Fig. 3: Lateral estricto



Fig. 4: Tercio inferior

Kwong y Lin<sup>14</sup> en un estudio cefalométrico encontraron que la maloclusión pseudoclase III es una forma intermedia entre la maloclusión de clase I y la maloclusión esquelética de clase III.

Las metas del tratamiento interceptivo temprano pueden incluir: 1) prevenir los cambios progresivos, irreversibles, de los tejidos blandos u óseos; 2) mejorar las discrepancias esqueléticas y mantener un ambiente más favorable al crecimiento futuro; 3) mejorar la función oclusal; 4) minimizar la necesidad de una cirugía ortognática y 5) obtener una estética facial más agradable, para mejorar de esa forma el desarrollo psicosocial del niño<sup>12</sup>

Turpin<sup>15</sup> elaboró una lista de factores positivos y negativos para ayudar a decidir cuando interceptar una maloclusión de clase III en desarrollo. Los factores positivos son una buena estética facial, desarmonía esquelética leve, ausencia de prognatismo familiar, desplazamiento funcional sagital, tipo facial convergente, crecimiento condileo simétrico y pacientes en

crecimiento con buena colaboración. Los factores negativos son una estética facial mala, desarmonía esquelética severa, patrón familiar establecido, ningún desplazamiento funcional sagital, tipo facial divergente, crecimiento asimétrico, crecimiento completado y una supuesta mala cooperación. Se recomienda para el tratamiento temprano pacientes con características positivas.

En conclusiones el tratamiento temprano de una posible maloclusión de clase III en formación es la mejor profilaxis de un prognatismo verdadero en edad adulta, y cualquier tratamiento iniciado más tarde deja secuelas morfológicas residuales enmascarados por una relación dentaria compensatoria.

Imágenes intraorales del caso clínico: Fase inicial



Fig. 5: Lateral derecho frontal



Fig. 6: Lateral izquierdo



Fig. 7: Oclusal superior

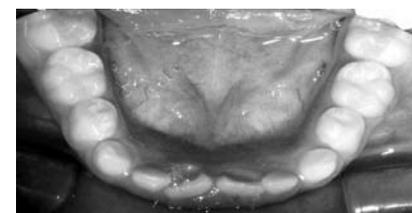


Fig. 8: Oclusal inferior



Fig. 9: Oclusal inferior

Tratamiento activo



Fig. 10: Alambre trenzado 0,0155"

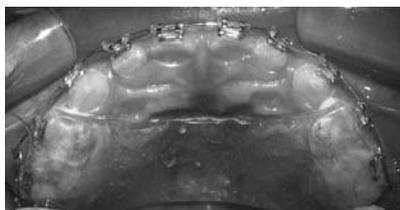


Fig. 11: Placa de Levante de Mordida posterior



Fig. 12: Alambre de acero 0,014"



Fig. 13: Alambre de acero 0,016"

Imagenes extraorales del caso clinico: fase final



Fig. 14: Frontal



Fig. 15: Sonrisa



Fig. 16: Lateral estricto



Fig. 17: Tercio inferior



Fig. 21: Oclusal superior

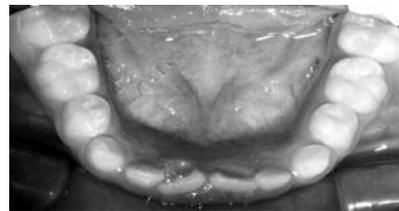


Fig. 22: Oclusal inferior

Cambios faciales del perfil total y del tercio inferior caso: fase inicial



A

Imagenes intraorales del caso clinico: fase final



Fig. 18: Lateral derecho



Fig. 19: Frontal



Fig. 20: Lateral izquierdo

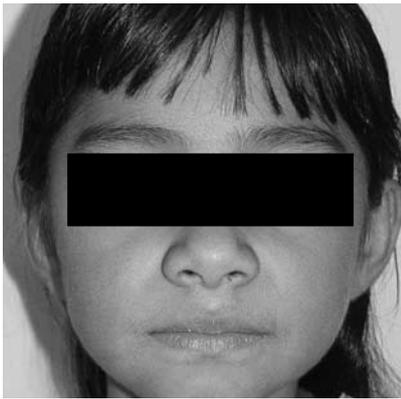


B



C

Caso: Fase final



A'



B'



C'

### Referencias bibliográficas

1. Mc Namara James; Brudon Willian: "Tratamiento Ortodoncico y Ortopédico en la Dentición Mixta". Ed. NP 1995. An Arbor- USA.
2. Gunduz Seher; kama Jalan; Baran Sedat.: "Correction of a severe Class III malocclusion. American Journal of Orthodontics & Dentofacial Orthopedics. Volumen 126, Number 2 August 2004.
3. Goncalves, B. "Tratamento precoce da ma oclusao esqueletica clase III con expansao rapida da maxila e protacciao maxilar" Monografía do Curso Pos-Graduacao em Ortodoncia da Universidade de Passo Fundo. RGS, 1999.
4. Alves Cardoso Rielzon José; Nogueira Goncalves: "Actualización en Ortodoncia y Ortopedia Funcional de los Maxilares" Ed. Artes Medicas SP, Brasil 2002.
5. Frankel, R.: "Maxillary retrusion in Class III and treatment with functional corrector III". Trans. Eur. Orthod. Soc., 1970, pp. 249-259.
6. Thilander, B. : "Treatment of Angle Class III malocclusion with chin cap". Trans. Eur. Orthod. Soc., 1963, pp.384-398.
7. Graber, L. W.: "Chin cup therapy for mandibular prognathism". American Journal of Orthodontics. 1977, 72:23-41.
8. Sakamoto, T.: "Effective timing for the application of orthopedic force in the skeletal Class III malocclusion". American Journal of Orthodontics. 1981, 80:411-416.
9. Sugawara, J; T. Asano; N. Endo y H. Mitani.: "Long-term effects of chincup therapy on skeletal profile in mandibular prognathism". American J. Orthod. Dentofac. Orthop. 1990, 98: 127-133.
10. Delaire, J.: "Confection du masque orthopedique. Rev. Stomat". Paris. 1971, 72 : 579-584.
11. Petit, H.P.: "Syndromes prognathiques: schemas de traitement 'global' autour de masques faciaux". Rev. Orthop. Dento. Faciale. 1982, 16: 381-411.
12. Bishara Samir E. "Ortodoncia" 1Ed Mc.Graw Hill. 2003. México.
13. Canut Brusola José Antonio: "Ortodoncia Clínica y Terapéutica" Ed. Masson 2 Edición, 2001. Barcelona -España.
14. Kwong WL; Lin JJ: "Comparison between pseudo and trae class III malocclusion by Veterans' General Hospital cephalometric analysis, Clin Dent 1987, 7(2): 69-78.
15. Turpin DL: "Early Class III treatment, unpublished thesis presented at 81st session. Am Assoc. Orthod. San Francisco , 1981.

Notas:  
Soporte Online  
<http://sisbib.unmsm.edu.pe/>  
[www.latindex.unam.mx](http://www.latindex.unam.mx)

Recibido el artículo el 28 de abril de 2006 y aceptado para su publicación el 10 de julio de 2006