



Caso clinico

Recibido: Diciembre 2021
Aceptado: Abril 2022

La paradoja de la clase II dentaria en una clase III esquelética

The diagnosis and treatment paradox the dental Class II and the skeletal Class III

Isabel Poggi

Dra.en Odontología UDELAR

Especialista en Ortopedia y Ortodoncia DMF,UDELAR

Docente Titular de Clinica de Prevención y Ortopedia IUCEDDU

Email.:ipoggiv@gmail.com

Alejandra Goday

Dra en Odontología UDELAR

Egresada Especialidad en Ortopedia y Ortodoncia IUCEDDU

Cursante Especialidad Odontopediatria UDELAR

Email:alejandragoday@gmail.com

DOI 10.52887/RUOO/v5n1.7 RUOO 2022 vol5no1 en-
jun2022 142-148

RESUMEN

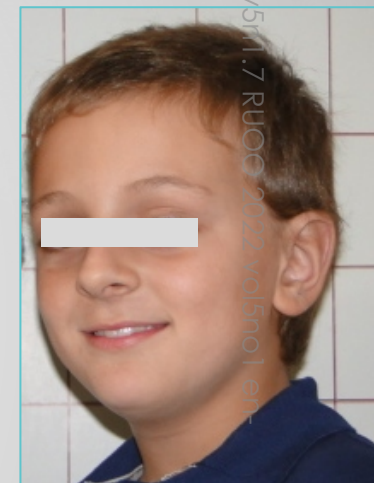
Es frecuente que pacientes en dentición mixta y permanente joven con una historia de insuficiencia respiratoria, muestren una aparente contradicción entre la clase esquelética y la maloclusión dentaria. Estos casos requieren un estudio exhaustivo para establecer el diagnóstico preciso e implementar un plan de tratamiento que apunte a ambos terrenos y evite complicaciones en los cambios de dentición.

Palabras claves: Clase III esquelética, Clase II dentaria, dentición mixta, insuficiencia respiratoria, terapéutica de Salagnac, Regulador de función Frankel

SUMMARY

It is frequent that patients in mixed and young permanent dentition with a background of breathing shortage, show an apparent contradiction between skeletal class and the dental malocclusion. These cases require an exhaustive study to establish a precise diagnosis and be able to set a treatment planning which aims both fields, and avoid complications in the change of dentition.

Key words: skeletal class III, dental class II, mixed dentition, breathing shortage, Salagnac therapy, "regulador de funciones de Frankel"



Manuel

Fecha de Nacimiento: 24/01/2003

Edad: 9 años y 3 meses.

Fecha inicio del tratamiento: 25/03/2012

Antecedentes familiares en relación con disgnacias.

No presenta

Antecedentes personales

Embarazo: a termino

Tratamientos: no

Alimentación de la madre: dieta equilibrada

Parto: Natural. **Semanas de gestación:** 38

Peso al nacimiento: 4,090 kg. **Talla:** 51 cm. **Hijo N°:** 1 de 2.

Alimentación del bebe: lactancia exclusiva hasta los 6 meses, luego alternada con dieta semi-sólida hasta el año

Desarrollo psico-neuro-motriz.

Sostén cefálico: a los 3 meses.

Se sentó: a los 6 meses.

Gateó: si

Caminó: a los 12 meses.

Primeras palabras: a los 18 meses

Control de esfínteres: a los 36 meses.

Enfermedades de la infancia

Episodios de broncoespasmos a los 4 años, para lo cual estuvo bajo tratamiento Medico .

Hoy en día se encuentra controlado.

Erupción dentaria.

Dentición temporaria:

primer diente erupcionado:

- ▶ Incisivo inferior a los 6 meses.
- ▶ Incisivo superior a los 7 meses.

Dentición mixta:

Primer molar :

- ▶ Inferior a los 6 años
- ▶ Superior a los 6 años

Recambio anterior a los 6 años

Recambio lateral a los 6 años

Actitud del niño durante la consulta

Paciente atento y colaborador

Examen clínico general

Visión: Correcta.

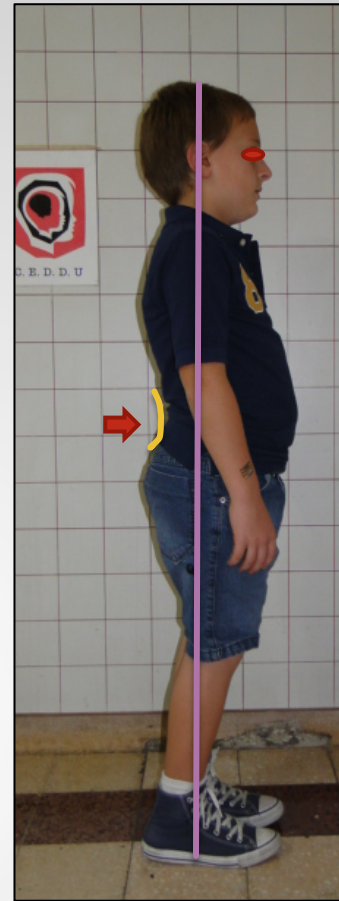
Audición: Correcta.

Lado de preferencia: Diestro.

Peso: 32,700 kg.

Estatura: 1,32 m.

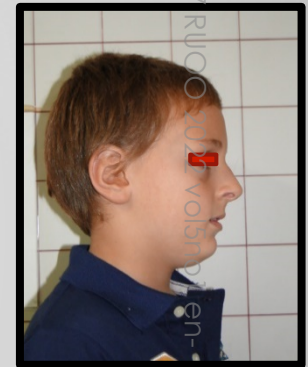
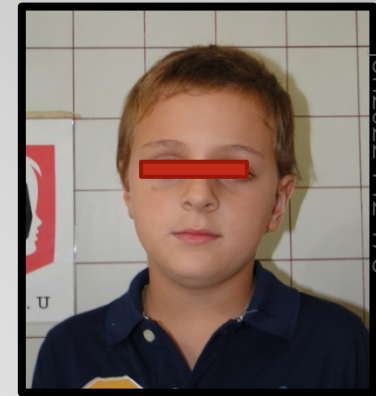
Actitud postural



Actitud postural alterada
Actitud lordoescoleótica

Examen cráneo-facial

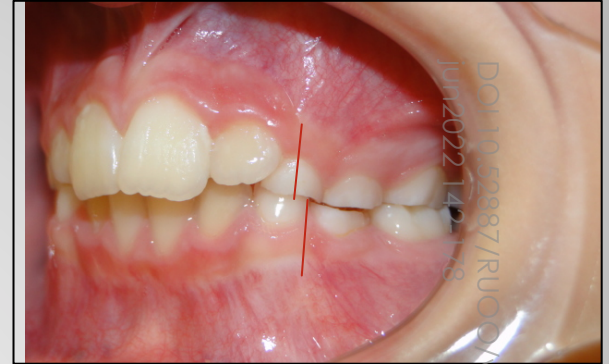
- Biotipo: meso
- Tercios faciales: Tercio inferior disminuido.
- Surco mentoniano : marcado.
- Incompetencia labial
- Nariz prominente
- Tabique nasal desviado a la izquierda
- Perfil convexo
- Mentón retruido
- Angulo naso-labial inferior, abierto.



DOI: 10.52887/RU00/v5n1.7RU00/SU2/vols5n1/en-
iun2022.142-178

Examen bucal

- Dentición mixta
- Relación Oclusal
 - llave molar
 - derecha clase II
 - izquierda molar en erupción
 - llave canina
 - derecha clase II
 - izquierda clase I
- Overjet 4mm
- Overbite 3mm
- Relación transversal: mordida cruzada a nivel molar
- Líneas medias dentarias no coincidentes, inferior desviada a la izquierda



Examen funcional

- **Respiración:** bucal.
- Permeabilidad nasal: deficiente
- Reflejo narinario de Godin: pobre de ambos lados.
- Espejo de Glatzek: no empaña
- **Articulación de la palabra:** S/P.
- **Masticación:** disfuncional, con predominancia derecha
- **Deglución:** disfuncional, con contracción comisural y orbicular
- **Función mandibular:**

En reposo líneas medias coinciden.

Apertura máxima 5mm

Trayectoria de cierre desde reposo a PMI: laterodesviación a la derecha y luego izquierda hasta llegar a PMI

Examen funcional

- **Función oclusal:**

Trayectoria de protrusión: sin interferencias

Lateralidad derecha: guían molares

Lateralidad izquierda: guían molares

- **Plano oclusal en relación al plano de Camper:**

Frontal: paralelo

Lado derecho y lado izquierdo: abiertos hacia atrás. Ambos presentan relación de clase III.

AFMP: menor el del lado derecho (lado de predominancia masticatoria)

ATM: S/P.

TICS: no presenta.

Modelos de estudio

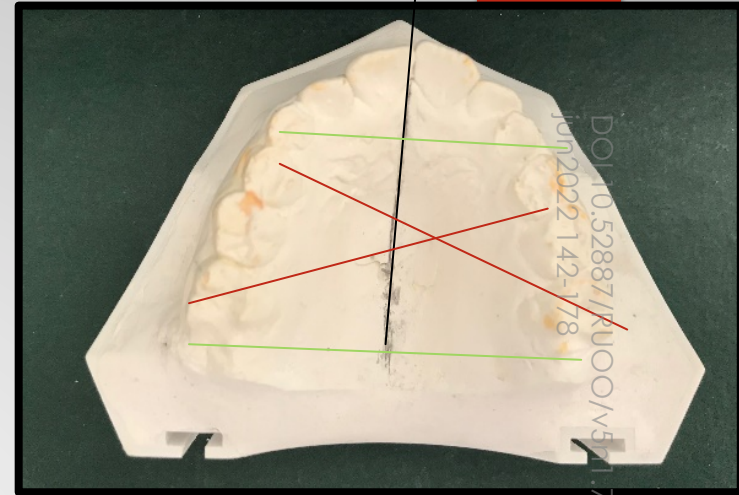
Modelos Aislados

Modelo Superior:

- Arcada cuadrangular
- Apiñamiento anterior
- línea media dentaria y ósea coincidentes.
- Mesio Rotación de 26.
- Hemiarcada izquierda mas desarrollada que la derecha.

Modelo Inferior:

- Arcada cuadrangular
- Apiñamiento anterior
- molar 36 en erupción

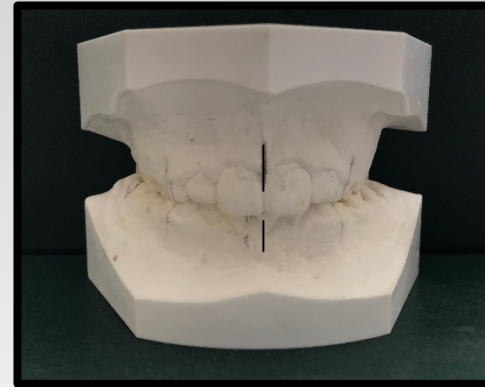


Modelos de estudio

Modelos relacionados

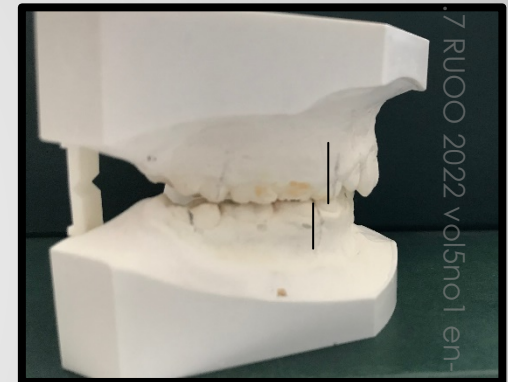
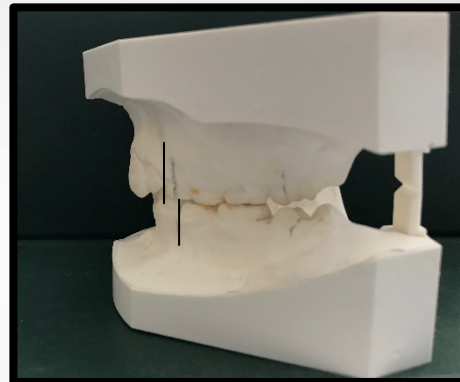
Plano sagital:

- **Overjet: 4mm**
- clase II molar derecha
- clase II canina izquierda
- clase I canina derecha



Plano vertical:

Over bite: 3 mm.



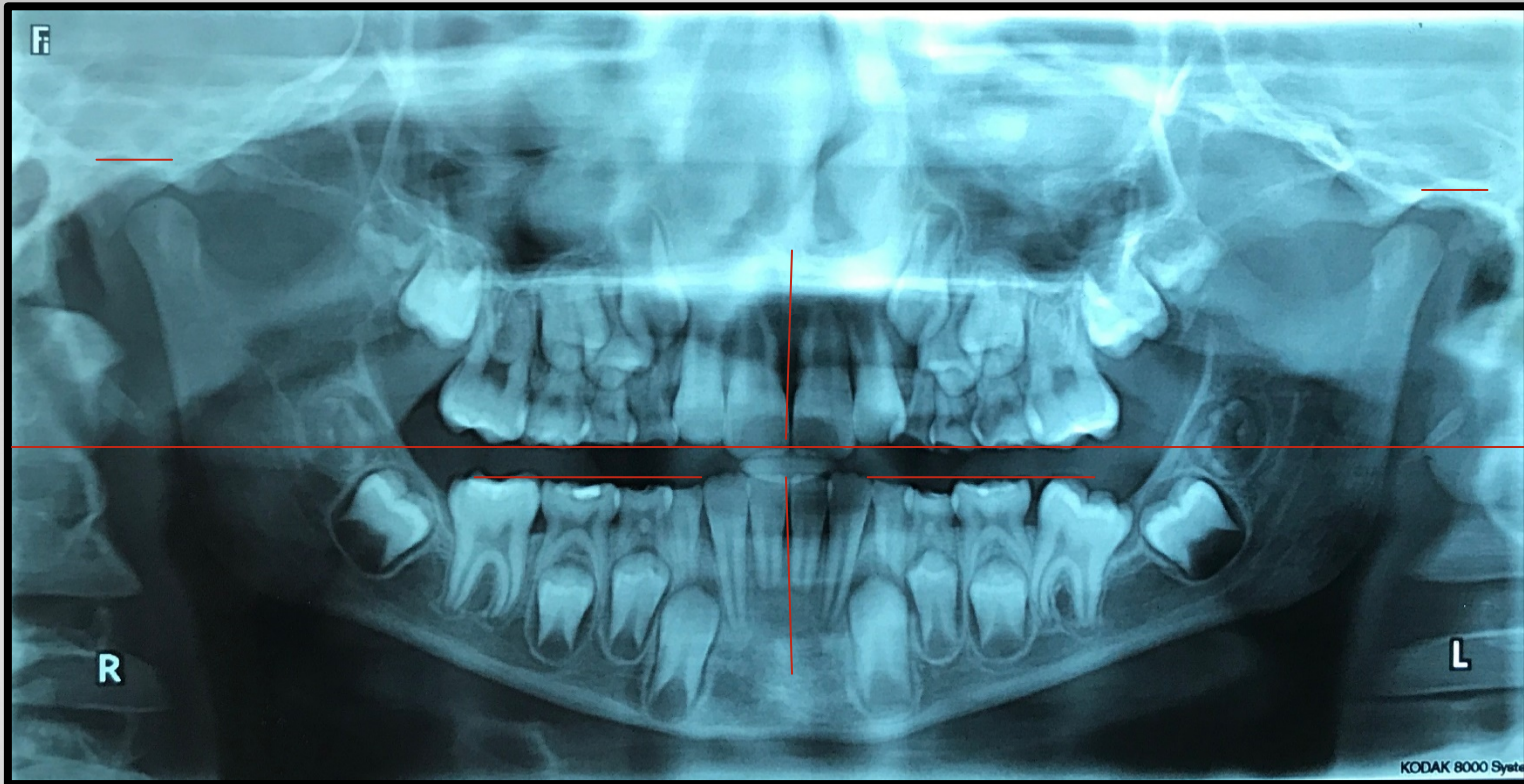
Plano transversal:

líneas medias dentarias no coincidentes, inferior desviada a la izquierda

Mordida cruzada a nivel de molares

Estudio Radiográfico - OPT

Rx año 2012

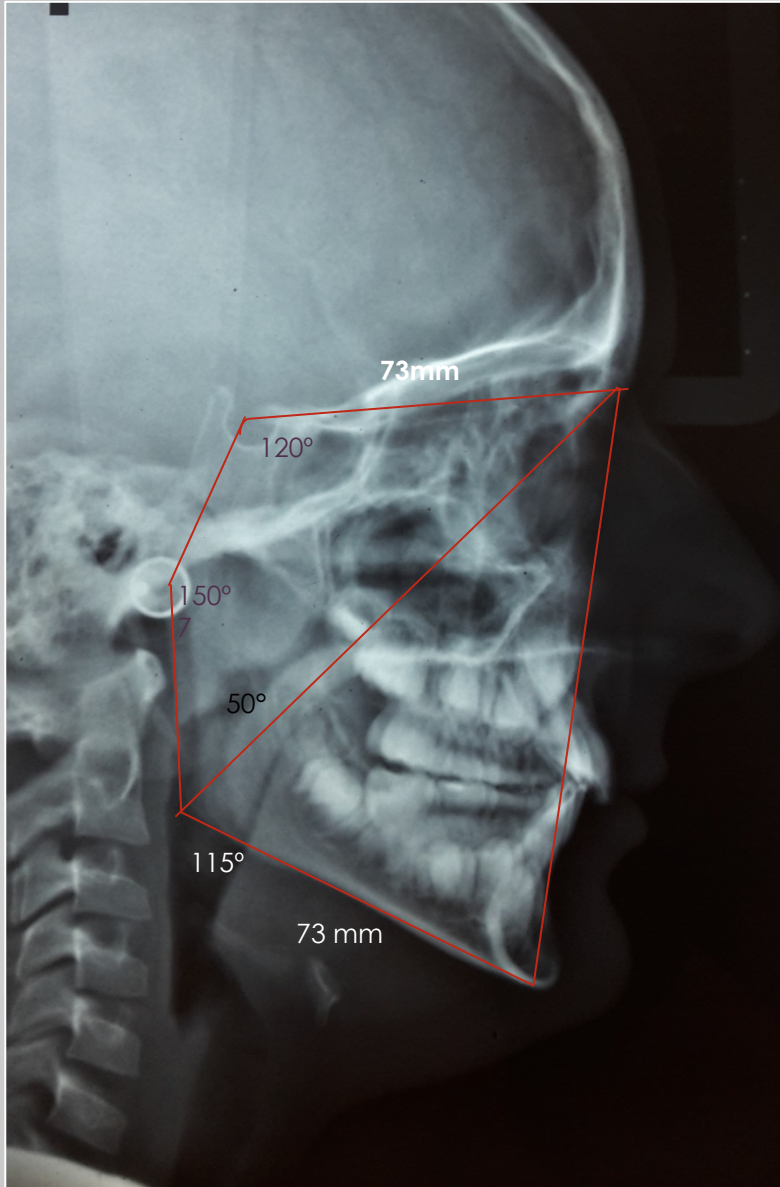


DOI 10.52887/RU00/v5n1.7 RU00 2022 vol5no1 en-
jun2022 142-178

Obstrucción nasal por hipertrofia de cornetes
Cronología dentaria y secuencia eruptiva de acuerdo a la edad.
Se observa molar 36 erupcionando con inclinación distal.
Cavidad glenoidea derecha mas alta que la izquierda
Elios simétricos pero plano oclusal izquierdo irregular

Telerradiografía de perfil

Björk - Jarabak.



Manuel Rios

Edad: 9 años y 3 meses

Suma de los 3 ángulos: 385

Relaciones actuales:

BCA-LCM= 1/1

BGP-AR = 1/1.5

AFA-AFP= 68%

- Braqui, suma de los 3 ángulos: 385° , lo cual indica un crecimiento anterior de la sinfisis
- Ángulo de la silla disminuido, implantación adelantada del cóndilo, crecimiento hacia atrás y abajo.
- Ángulo articular en la norma abierto
- Ángulo goníaco total disminuido, determina un perfil ortognático con mandíbula cuadrada.
- Ángulo goníaco superior disminuido, habrá poco avance del mentón.
- Tipo de crecimiento rotacional anterior 68%

Telerradiografía de perfil

Mc Namara

NORMAS COMPUESTAS

Long. maxilar: 84mm _____ 84mm

Long. mandibular: 97mm _____ 104mm

Altura Facial Antero Inferior: 64 mm _____ 59mm

cuerpo mandibular corto, Afai aumentada

doble silueta posterior en la rama mandibular

Perpendicular de Frankfort hasta Na 91°

Na perpendicular - A - 0mm

Na perpendicular - Po - 1mm

Diámetro faríngeo superior : obstruido

Diámetro faríngeo inferior : obstruido

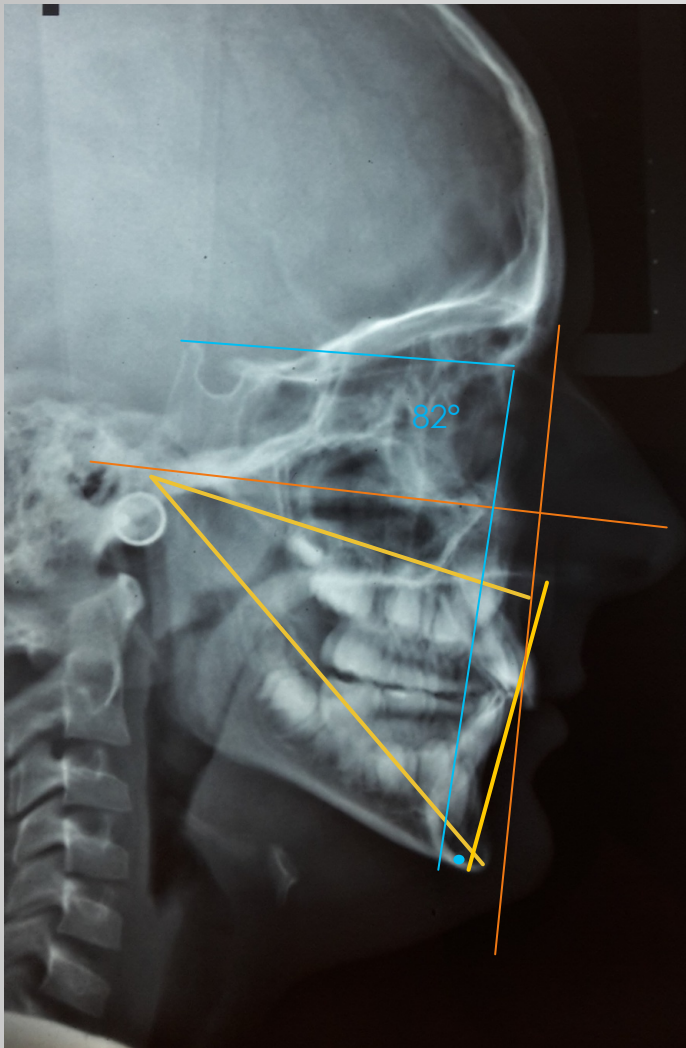
Altura facial antero inferior aumentada, (por lo tanto hay una retrusión mandibular de 4 mm aproximadamente)

Maxilar superior retruido

Longitud mandibular disminuida

Delaire: ligera retrobáscula maxilar y Me protruido

Clase III esquelética con mandíbula adelantada y retrusión maxilar y poca premaxila.



DOI 10.52887/RU00/v5n1.7 RU00 2022 vol5no1en-
Jun2022 142-178

Síntesis diagnóstica

▶ Estructural:

Paciente de 9 años y 3 meses, sexo masculino.
Biotipo braquifacial
Clase III esquelética por retrusión maxilar, poca premaxila y protrusión mandibular y cuerpo mandibular grande.

▶ Dentario:

Clase II dentaria con sobremordida incisiva
Líneas medias dentarias no coincidentes
Apiñamiento anterior y en zona posterior de cuadrante 3
Molares superiores mesiorotados
Molar 26 mesializado

▶ Funcional:

Alteración disfuncional respiratorio, masticatorio, deglutorio y postural.
Laterodesvío en trayectoria de cierre. Plano oclusal de clase III con respecto a Camper

▶ Estética:

Perfil no armónico recto retruído

Diagnóstico etiológico

- Disfunción respiratoria

Pronóstico

- **Según edad:** favorable.
- **Según gravedad:** reservado.

Plan de tratamiento

Tratamiento interdisciplinario:

- derivación a fisiatra para corregir actitud postural alterada, derivación a otorrinolaringólogo para evaluar pasaje aéreo.

Tratamiento preventivo :

- promover el correcto cepillado e higiene bucal.

Tratamiento de la disgnacia:

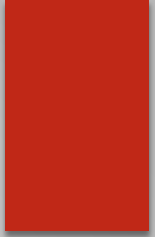
- armonizar el crecimiento de los maxilares y reorganizar las matrices funcionales
- paralelizar el plano oclusal a Camper y eliminar desvio en trayectoria de cierre
- simetrizar la función masticatoria
- estimular la respiración nasal

Medios terapéuticos

- ▶ 1ª. Etapa
- ▶ Se realizara la instalación de aparatología funcional, Frankel tipo I que contribuya a mejorar la respiración nasal.
- ▶ El RF1 lleva arco de protrusión superior para estímulo de la premaxila.

- ▶ 2a. Etapa
- ▶ ATP para desrotar 16 y 26
- ▶ Terapeutica de Salagnac con arco extraoral

- ▶ 3a. Etapa
- ▶ Activador esqueletizado IUCEDDU con mesa de mordida total



DOI 10.52887/RU00/v5n1.7 RU00 2022 vol5no1 en-
jun2022 142-178

Desarrollo del tratamiento

INSTALACION FRANKEL II

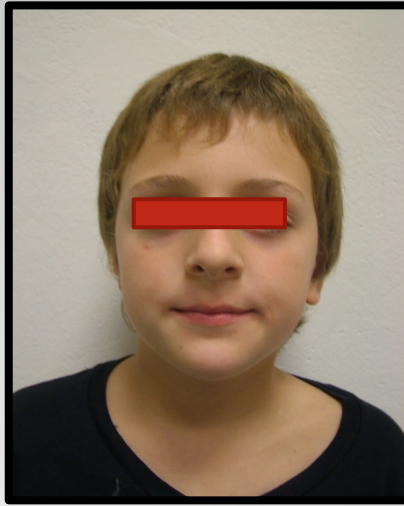


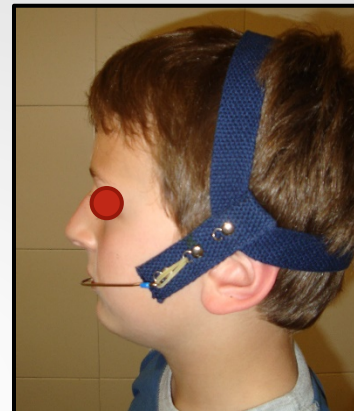
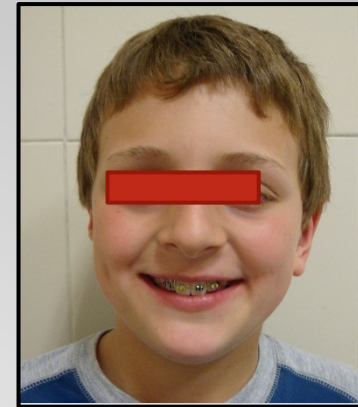
fecha
27/04/2012



DOI 10.52887/RU00/v5n1.7 RU00 2022 v015n01 en-
jun2022 142-178

Control 11/04/2013
Se colocan bandas y ATP
en molares 16; 26 para controlar la
erupción e inclinación vestibular
de molar 26





Terapéutica de Salagnac 12/09/2013

En el mes de junio de 2013 se colocaron brackets en 11; 12; 21;22 , y bandas en 16; 26.

Se avanzo en arcos hasta llegar a 19x25 de acero, al cual se le realizaron omegas para comenzar tracción anterior de Salagnac, Arco Extraoral en bandas y casquete de tracción media , con gomas extraorales 3/16 medio se aplica una fuerza de 350 gr a nivel anterior de cada lado y 250gr a nivel posterior de cada lado

DOI: 10.52887/RP10004517-RP10002022.pdf no 1 en
Jun2022 142-178



12/09/2014

A un año de comenzar con estimulación anterior de premaxila, se observa buena evolución

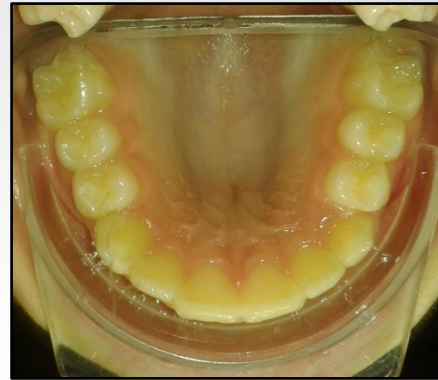
Aunque aun falta espacio para alojar pieza 23.

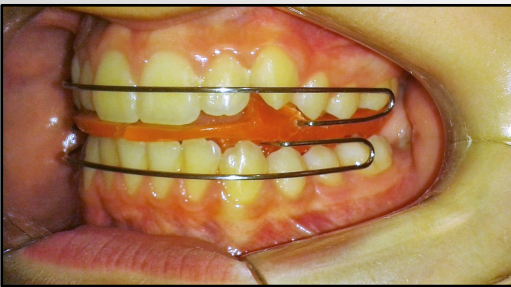
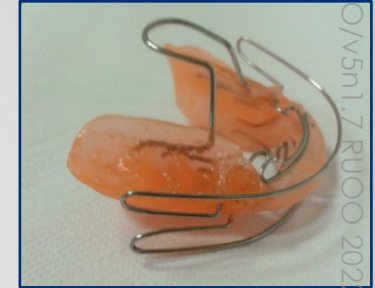
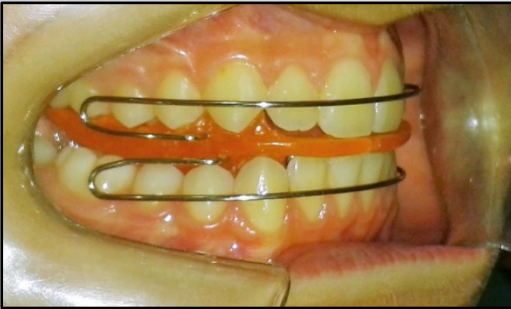
Arco extraoral en bandas y casquete con gomas

Se utiliza una fuerza de 350gr para estimulación anterior y de 250gr a nivel posterior de cada lado



12/02/2015
se retira estimulación pósterio anterior y fuerza extraoral se realiza el retiro de brackets para reevaluar finalización





27/02/2015

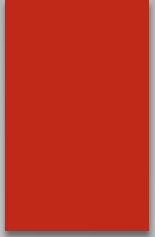
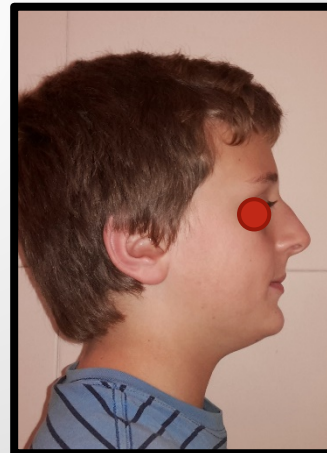
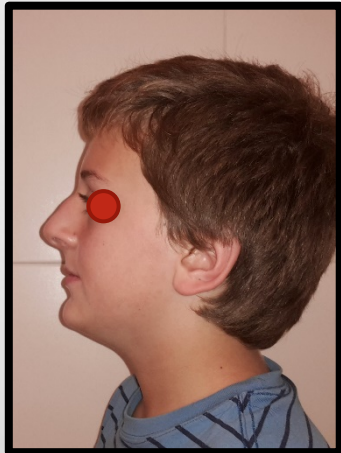
instalación de activador esqueletizado (IUCEDDU) con mesa de mordida anterior, para tener control vertical de incisivos

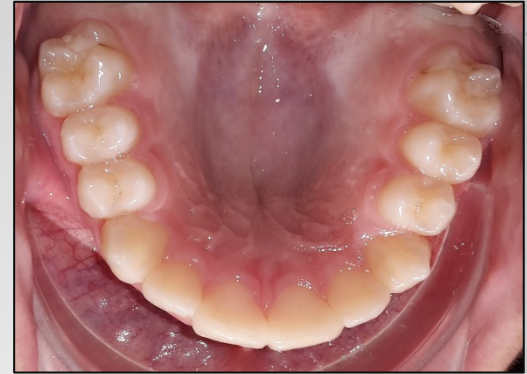


control 14/05/2015

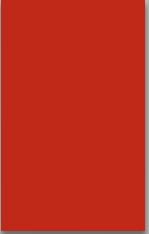
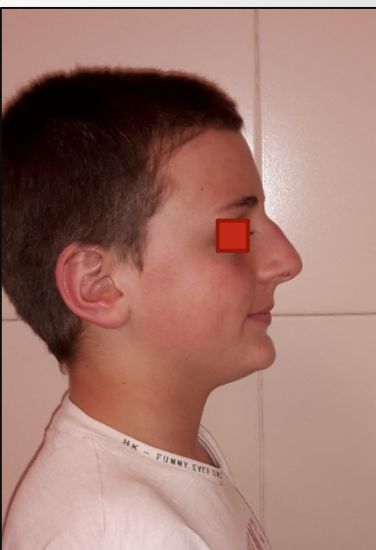
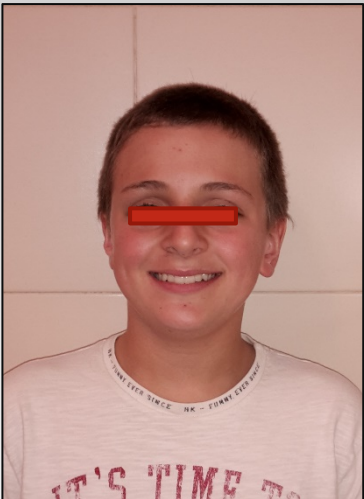
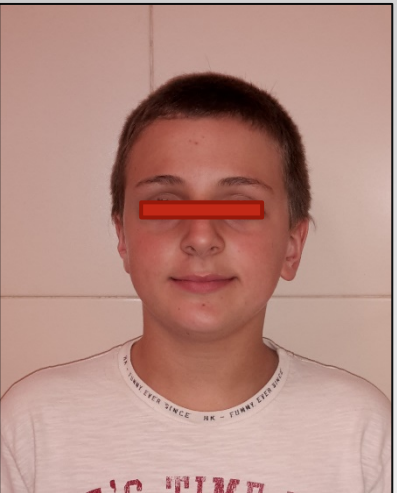
3 meses de uso del aparato

Evaluación facial

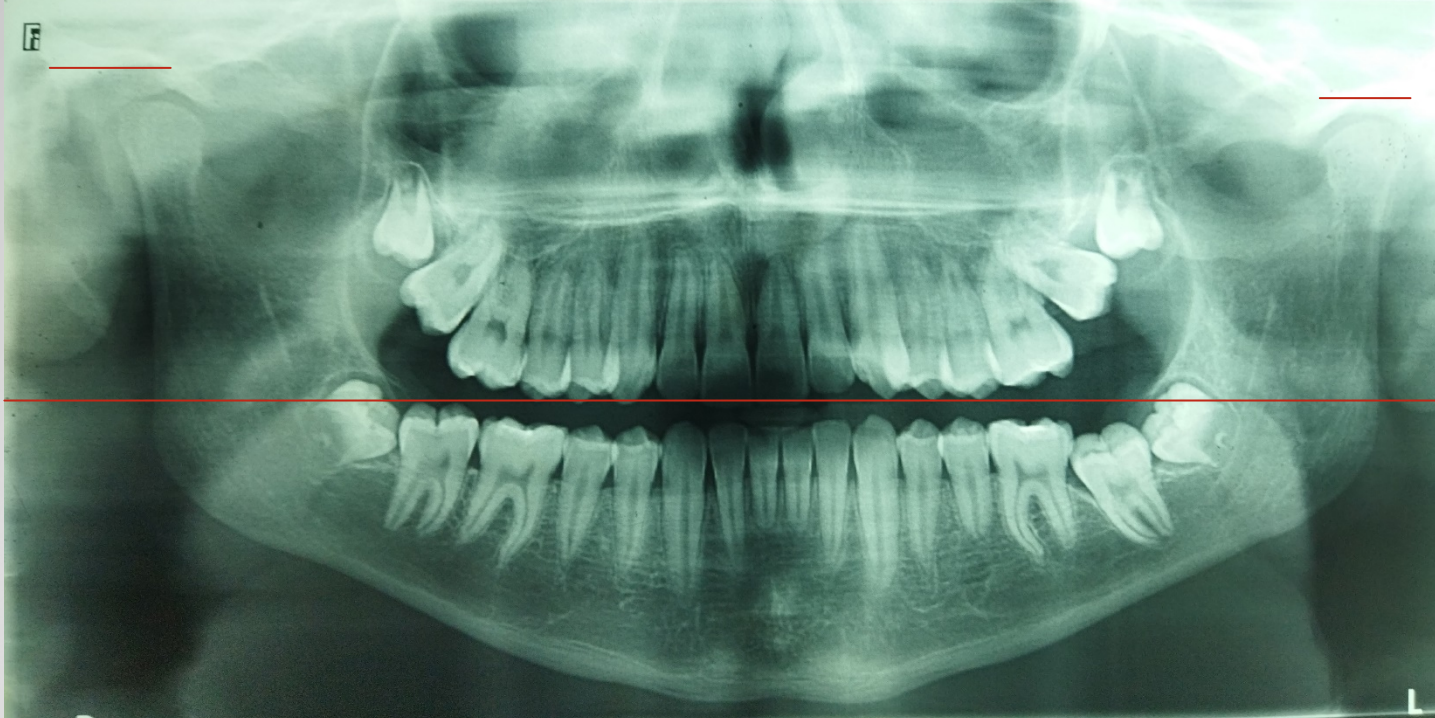




Control 12/11/2015
se retira el aparato
se da **Alta controlada**



ortopantomografia



Se indican exodoncias de 18,28,38,48
Las cav glenoideas no se simetrizaron porque no fue un
tratamiento temprano como para lograr este objetivo.

Inicial

BCA 73 mm

LCM 72 mm

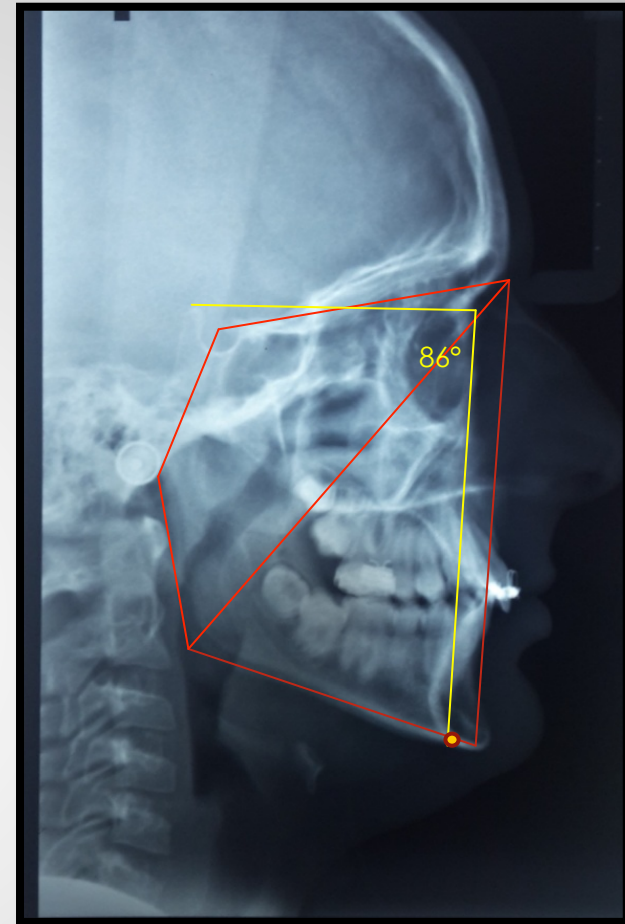
BCP 35 mm

ALT.RAMA 47 mm

Cefalograma de Björk-Jarabak.

FECHA TELERX 16/10/2014

	VALOR	NORMA ^{RM}
A.SILLA	125°	123°
A.ARTICULAR	145°	143°
A.GONIACO	122°	130°
A. GO SUP	52°	52-55°
A.GO INF	70°	70-75°
SUMA	392°	396°
AFP	79 mm	70-85 mm
AFA	119 mm	105-120 mm
RELACION %		



DOI 10.52887/RU00/v5n1.7 RU00 2022 vol5no1 en-
jun2022 142-178

Delaire: perfil ortognático

Cefalograma de Mc Namara.

	valor	norma
Longitud Maxilar	87mm	87mm
Longitud Mandibular	105mm	109-112mm
AFai	65mm	61-63mm

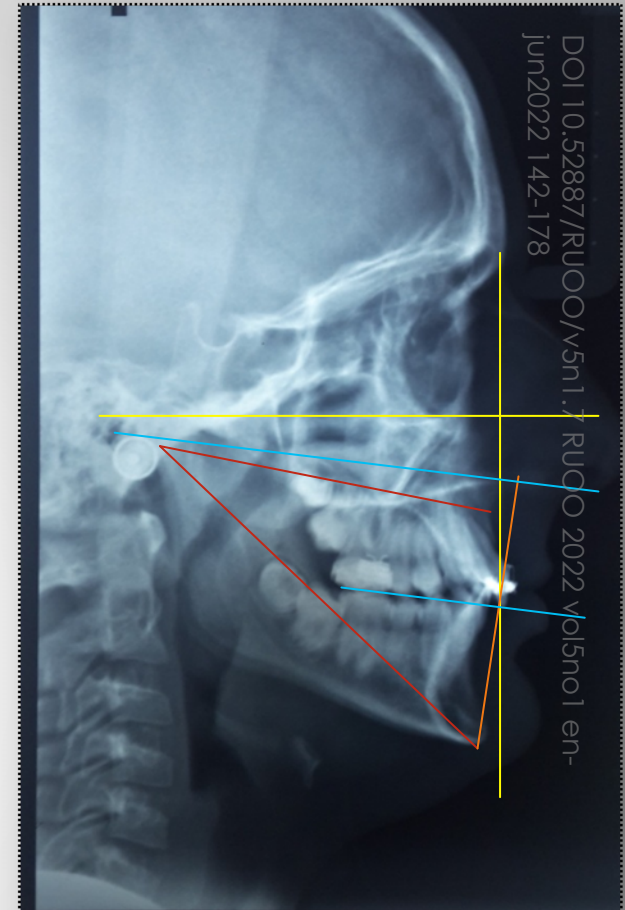
Diámetro faríngeo superior: 8 mm
Diámetro faríngeo inferior: obstruido.

Distancia de A-VMcN.: -2 mm.
Distancia de Po-VMcN.: -4 mm.

Nótese el aumento de la luz del cavum (con respecto a telerx inicial) a pesar de no haberse operado las amígdalas palatinas, la disminución de la amígdala faríngea y la neumatización del seno frontal.

Plano oclusal paralelo a Camper

Disminución de la doble silueta posterior de la rama mandibular



Evolución del tratamiento

INICIALES

12/04/2012



ALTA CONTROLADA

12/11/2015

