

EL TRATAMIENTO DE LA MALOCLUSIÓN CLASE II, DIVISIÓN 1

Presentación de un Caso clínico

- **Dr. José Salud Arreguín Nava**
Residente del segundo semestre en la especialidad en ortodoncia del Centro de Estudios de Ortodoncia del Bajío (CEOB). Irapuato Gto. México. saludarracho@hotmail.com
- **Dr. Esequiel Eduardo Rodríguez Yáñez.**
Ortodoncista. Coordinador del CEOB. Miembro del Consejo Nacional de Ortodoncia. Fellow of the World Federation of Orthodontists (WFO). E-mail: erodrigz@hotmail.com
- **Dr. Rogelio Casasa Araujo.**
Ortodoncista. Director del CEOB. Miembro del Consejo Nacional de Ortodoncia. Fellow of the World Federation of Orthodontists (WFO). www.ceob.com.mx

RESUMEN:

Se presenta un caso de maloclusión clase II div 1 en un paciente masculino de 12 años de edad con una leve asimetría facial, tercio inferior disminuido, depresión ocular, ángulo nasolabial cerrado, ángulo mentolabial aumentado, perfil convexo y ligera protrusión maxilar. Tratado con solo dos exodoncias superiores, obteniéndose como resultado final una relación de clase I canina con protecciones al movimiento lateral, y clase II molar.

Palabras clave: ortodoncia, maloclusión clase II

SUMMARY:

A case of malocclusion appears class II div 1 in a masculine patient of 12 years old, with slight face asymmetry, diminished inferior facial third, ocular depression, nasolabial angle closed, mentolabial angle increased, slight convex profile and maxillary protrusion. Treated with two first upper bicuspids extractions, obtaining as final result a canine relation class I with protections to the lateral movement, and class II molar

Key words: orthodontics, class II malocclusion

RESUMO:

Um exemplo do maloclusão classe II div 1 em um paciente masculino de 12 anos de idade com um assimetria ligeiro da cara, terceiro inferior diminuído, depreciou ocular, Angulo nasolabial cerrado, ángulo mentolabial aumentado, perfil e protrusion convexos ligeiros a maxilar. Escolha o negócio com os dois extrações superiores, obtendo como o resultado final uma relação da classe I canino com proteções ao movimento lateral, e classe II ao molar

Palavras Chaves: Ortodoncia, classe II, maloclusão

INTRODUCCIÓN

La maloclusión clase II, división 1 es la desarmonía dento-esquelética más frecuente en la población de raza blanca. En este artículo mencionaremos sus características clínicas, musculares y esqueléticas, y además un método para su tratamiento.

Existe una relación molar clase II cuando el primer molar inferior permanente se encuentra distal a su contraparte superior.

En las maloclusiones de clase II, división 1, la relación de los molares es igual a la descrita anteriormente (distoclusión). Esta distoclusión puede ser resultado de una mandíbula retrognata, o de un maxilar que se encuentra adelantado, o una combinación de ambas. La literatura revela que una maloclusión clase II, división 1 puede o no estar acompañada por una discrepancia esquelética. La dentición inferior puede ser normal o anormal con respecto a la posición individual de los dientes y la forma de la arcada. La forma de la arcada de la dentición superior pocas veces es normal. En lugar de la forma habitual de "U", toma una forma que se asemeja a la de una "V", y esto se debe a un estrechamiento demostrable en la región de premolares y canino, junto con protrusión o labioversión de los incisivos superiores. La etiología exacta de esta maloclusión puede ser dada por un análisis cefalométrico lateral. Además de la discrepancia esquelética anteroposterior, los dientes pueden estar apiñados, y también pueden presentar una mordida abierta anterior. Debido a la sobremordida horizontal del segmento anterior de los arcos de la maloclusión clase II, los inferiores anteriores pueden hacer sobreerupción. Si la sobremordida vertical no es excesiva, algo debe estar evitando que esto ocurra. Esto que puede estar evitando la sobremordida es la lengua que empuja hacia delante al deglutir. Durante la deglución, la actividad muscular anormal de los

músculos del mentón y buccinador, junto con la función compensadora de la lengua y cambio en la posición de la misma, tienden a acentuar el estrechamiento de la arcada superior, la protrusión, inclinación labial y separación de los incisivos superiores, la curva de Spee y el aplanamiento del segmento anterior inferior.

La relación distal del molar inferior y la arcada inferior puede ser unilateral o bilateral.

En una maloclusión clase II encontramos una musculatura anormal, con un labio superior hipotónico y el inferior hipertónico. La postura habitual en los casos más severos es con los incisivos superiores descansando sobre el labio inferior.

Debido a la discrepancia esquelética y al balance muscular anormal, el tratamiento de los casos clase II, división 1, tiene más complicaciones que los de clase I.

El potencial de crecimiento en individuos con maloclusión clase II es también de gran interés para los ortodoncistas ya que estas maloclusiones constituyen un porcentaje significativo de los casos a tratar.

Fisk describió 6 posibles variaciones morfológicas del complejo dentofacial en los pacientes con maloclusión clase II:

1. El maxilar superior y los dientes están más anteriormente situados respecto al cráneo.
2. Los dientes del maxilar superior están anteriormente situados en el maxilar.
3. La mandíbula es de tamaño normal, pero está posteriormente ubicada.
4. La mandíbula está subdesarrollada.
5. Los dientes mandibulares están posteriormente situados en su base ósea.
6. Varias combinaciones de los factores citados anteriormente.

El objetivo de todos los regímenes terapéuticos es la corrección de problemas existentes en los tejidos duros y blandos para alcanzar una relación balanceada neuromuscular, tanto dentaria como esquelética, que permanezca estable una vez que los aparatos son retirados. La terapéutica apropiada se puede determinar al identificar los componentes, tanto dentoalveolares como esqueléticos, de cualquier maloclusión clase II, división 1.

CASO CLÍNICO

Paciente masculino de 12 años de edad que acude al CEOB y expone como motivo de consulta que tiene los "dientes chuecos".

Análisis extraoral

El paciente presenta una leve asimetría facial, tercio inferior disminuido, depresión ocular, Angulo nasolabial cerrado, ángulo mentolabial aumentado, perfil convexo y ligera protrusión maxilar. (Fig. 1 y 2)



Fig. 1



Fig. 2

Análisis intraoral

Se observa mordida profunda, línea media inferior desviada hacia la derecha, clase II molar y canina, over jet aumentado, mordida cruzada posterior izquierda, y arcadas en forma de herradura. (Fig. 3-8)



Fig. 3



Fig. 4



Fig. 5



Fig. 6



Fig. 7



Fig. 8

Análisis radiográfico

Cefalométricamente de acuerdo al análisis de Steiner, es un paciente clase II esquelético ($ANB 7^\circ$), crecimiento hipodivergente (GoGn a SN 25°), tendencia a una mordida profunda (ocl. a SN 10°), biproclinación y biprotrusión, ángulo interincisal cerrado (125°), vías aéreas permeables. En la radiografía panorámica observamos un buen tamaño radicular y buen soporte óseo, raíces anguladas, presencia de terceros molares sin erupcionar, no hay extracciones previas de dientes permanentes. (Fig. 9 y 10)



Fig. 9



Fig. 10

MÉTODO

Brackets en todos los dientes, prescripción Roth slot .022 x .028" (Morelli, Borgatta) Se le realizaron al paciente extracciones de primeros premolares superiores, se retrajo segmento anterior con cadenas elásticas, elásticos en clase II bilateral, desgaste interproximal inferior de 3 a 3, curvas inversas en inferior e inclinar raíces. De retención se colocó una placa circunferencial superior y una placa tipo Hawley inferior por tiempo indefinido.

Avance del tratamiento

Se alinearon ambas arcadas con alambres térmicos (0.016" y 0.018"), posteriormente se distalizaron los caninos superiores con cadena elástica, elásticos en clase II de 3/16", se colocaron arcos rectangulares .017 x .025" y se realizaron dobleces de tercer orden (torque negativo) en superior y se cerraron los espacios; Finalmente se seccionaron los arcos y se utilizaron elásticos arriba y abajo.

En las radiografías intermedias se observa que ha disminuido el ANB a 3.5°, los dientes anterosuperiores se han retroclinado y los inferiores proclinado, se ha abierto el ángulo interincisal y la raíz del 31 se encuentra angulada. (Fig. 11-18)



Fig. 11



Fig. 12



Fig. 13



Fig. 14



Fig. 15



Fig. 16



Fig. 17



Fig. 18

RESULTADOS

Facialmente observamos un aumento del tercio inferior, el ángulo nasolabial se pronuncio y se redujo el mentolabial; el perfil permanece convexo. Dentalmente se corrigió el over jet y el over bite (2 mm y 20% respectivamente), la línea media facial coincide con la dental, presenta una clase I bilateral con protecciones al movimiento lateral, clase II molar bilateral, se corrigió la mordida cruzada posterior izquierda, y las arcadas permanecen en forma de herradura. En la radiografía panorámica observamos un paralelismo aceptable, un buen tamaño radicular con soporte óseo. (Fig. 19-27)



Fig. 19



Fig. 20



Fig. 21



Fig. 22



Fig. 23



Fig. 24



Fig. 25



Fig. 26



Fig. 27

BIBLIOGRAFÍA

1. Chaconas Espiro J. Ortodoncia. Editorial el manual moderno. México D.F. 25-26
2. Graber t. M. Ortodoncia teoría y practica. Editorial interamericana, tercera edición México D.F. 219-221,1974.
3. McNamara Ja Jr. Componente of class II malocclusion in children 8-10 years of age. Angle orthod. 1981;51:177-202.
4. Tollaro Isabella. Role of posterior transverse interarch discrepancy in class II, división 1 malocclusion during the mixed dentition phase. Am. J. Orthod. 417-422
5. Frankel Rolf, The treatment of class II, división 1 malocclusion with funcional correctors. Am. J. Orthod. 1969 265-275.
6. Murray C. Meikle. The dentomaxillary complex and overjet correction in class II, división 1 malocclusion: objectives of skeletal and alveolar remodeling. Am. J. Orthod. 1980 184-197.
7. Meikle, M. C.: The effects of a class II intermaxillary force on the dentofacial complex in the adult monkey. A.m. j. Orthod. 58: 323-340, 1970.
8. MacNamara Jr. James a.,Brudom William L. Tratamiento ortodontico y ortopedico en la denticion mixta. Editorial Need Ham Press,1995 USA.
9. Moyers, R.E. Riolo, K.E. Guire, R.L. Wainwright, y F.W. Bookstein. Differential diagnosis of class II malocclusions: part I-facial types associated with class II malocclusions. Am. J. Orthod. 78: 477-494,1980.
10. Samir E. Bishara, Jane R. Jakobsen. Changes in dentofacial structures in untreated class II, division 1 and normal subjets: A longitudinal study. The angle orthod. 1:55-66,1997.
11. Dahan J.,Serhal JB, Englebert A. cephalometric changes in class II, division 1 cases after orthopedic treatment with bioactivator. Am J. Orthod Dentofac orthop. 1989,95(2):127-37.
12. Firouz M. Zernic J, Nanda R. Dental and ortopedic effects of high-pull headgear in treatment of class II, division 1 malocclusion. Am J. Orthod. 1992,102:197-205.
13. Ricketts RM, A study of change in temporomandibular relations associated with the treatment of class II malocclusion. Am J. Orthod. 1952;38:918-933.
14. Drelich RC, A cephalometric study of untreated class II, division 1 malocclusion. Angle Orthod. 1948;18:70-75.
15. Renfroe ER. A study of the facial patterns associated with class I, class II, división 1, and class II, división 2 malocclusions. Angle orthod. 1948;18:12-15.