



Corrección no quirúrgica del perfil de una maloclusión clase II

Non-surgical profile correction in a class II malocclusion

Gabriela González Rubio Mendoza,* Pedro Lara Mendieta[§]

RESUMEN

Paciente masculino de 17 años de edad, clase II esquelética, perfil convexo, no conforme con su aspecto facial y sin ninguna intención de someterse a un tratamiento quirúrgico. Presenta biprotusión y apiñamiento dental severo, incompetencia y protrusión labial, sobremordida horizontal de 7 mm y sobremordida vertical de -3 mm. Los objetivos fueron mejorar la relación y estética labial, establecer una oclusión funcional, mejorar el perfil y equilibrar la musculatura. Se realizaron extracciones de cuatro primeros premolares y control de anclaje por medio de arco transpalatal y lingual. Los resultados del tratamiento fueron realmente satisfactorios logrando una oclusión funcional, compatibilidad labial, rotación mandibular y disminución de la convexidad del perfil sin la necesidad de un tratamiento quirúrgico. Es importante conocer los alcances y límites del tratamiento ortodóncico sobre los tejidos blandos, así como mantener un anclaje para lograr cambios en el perfil con la retracción del incisivo superior.

Palabras clave: Maloclusión clase II, incompetencia labial, rotación mandibular.

Key words: Class II malocclusion, lip incompetence, mandibular rotation.

ABSTRACT

Case report of a 17-year-old male patient, skeletal class II, convex profile, not pleased with his facial appearance and without any intention to undergo surgical treatment. He presents severe protrusion and crowding, lip incompetence and protrusion, 7mm overjet and -3 mm overbite. The treatment goals were to improve lip relation and esthetics, establish a functional occlusion, to improve the profile and muscular balance. Four first premolar extractions were performed and anchorage control was accomplished with a transpalatal and lingual arch. Treatment results were very successful achieving functional occlusion, lip competence, mandibular rotation and a decrease in profile convexity without surgical treatment. It is important to know the scopes and limits of orthodontic treatment regarding soft tissues, as well as maintaining anchorage to achieve profile changes with maxillary incisor retraction.

INTRODUCCIÓN

La maloclusión clase II es uno de los problemas más comunes visto por los ortodoncistas. A pesar de que el tratamiento exitoso de esta condición ha sido demostrado en muchas ocasiones, los clínicos y los pacientes continúan buscando métodos más simples y mejores para corregir la oclusión mientras se mantiene o se mejora la apariencia facial.¹

El objetivo del tratamiento ortodóncico moderno no sólo consiste en conseguir mejoras dentales y esqueléticas, sino también mejoras en los tejidos blandos.²

El maxilar y la mandíbula son las principales bases óseas responsables de la composición facial; la relación entre ellas, la oclusión y los tejidos blandos definen la estética facial.

La mejoría en el perfil de los tejidos blandos depende de algunas variables relacionadas con la anatomía de la cara, incluyendo el grosor de los labios, la actividad facial muscular, la etnia, el sexo, etc. La relación entre el movimiento dentoalveolar y el cambio en el tejido blando lo observamos tanto en el plano sagital, como en el plano frontal.³

La protrusión dentoalveolar produce un perfil facial convexo, proquelia y protrusión dental que resultan en incompetencia labial y tensión en el músculo del mentón. Esta condición es estéticamente inaceptable para algunos pacientes que buscan el tratamiento para mejorar su balance facial. El tratamiento ortodóncico puede corregir la protrusión dentoalveolar alineando y retrayendo los dientes anteriores, después de la extracción de cuatro premolares para reducir la convexidad facial y mejorar significativamente la postura labial.³

La evaluación del balance y armonía facial incluye estudios sobre el perfil facial; la relación entre la nariz, los labios y el mentón puede ser alterada por el crecimiento y por el tratamiento ortodóncico, y son

* Egresada de la especialidad de Ortodoncia.

§ Profesor de Ortodoncia.

consideraciones importantes para una apariencia facial equilibrada.

REPORTE DEL CASO

Paciente masculino de 17 años de edad que se presenta a la clínica de ortodoncia con el principal motivo de consulta: «No me gusta como se ve mi boca y mis dientes».

Cefalométricamente se observa: un patrón dolicofacial, clase II esquelética, retrognata, base craneal anterior corta, dimensión vertical aumentada, crecimiento vertical, protrusión de incisivos inferiores, protrusión y proinclinación de incisivos superiores (Figura 1).

En el análisis facial se observa biproquelia e incompetencia labial con los labios en reposo e hipertonicidad del mentón para lograr sellado labial, perfil convexo y distancia cervicomentar disminuida (Figura 2).

Intraoralmente muestra severa protrusión y apiñamiento dental, 7 mm de sobremordida horizontal, -3 mm de sobremordida vertical, clase II canina bilate-

ral, línea media dental desviada, arcada superior triangular y estrecha (Figura 3).

Objetivos del tratamiento

Alinear y nivelar las arcadas, llevar a los incisivos a sus bases óseas, incrementar la sobremordida vertical, reducir la sobremordida horizontal, establecer las seis llaves de la oclusión, conseguir estabilidad oclusal, corregir líneas medias dentales, establecer la salud periodontal, mejorar la relación y estética labial, mejorar el perfil facial y mejorar el balance muscular.

Plan de tratamiento

Conociendo la inconformidad del paciente con su aspecto facial y sin ninguna intención de someterse a cirugía, el plan de tratamiento a desarrollar debería proporcionarnos anclaje suficiente para la retracción del incisivo superior y al mismo tiempo espacio para

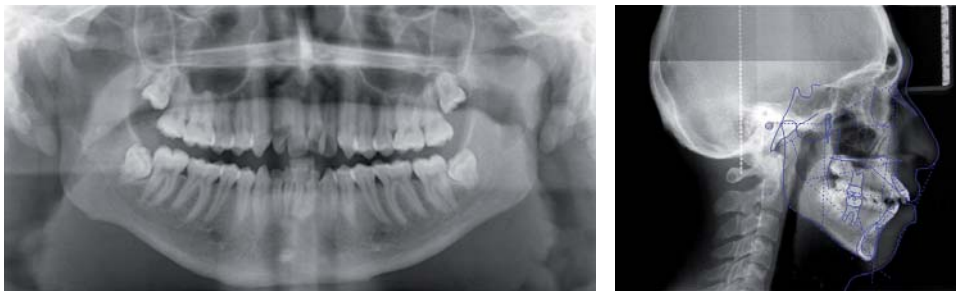


Figura 1.

Ortopantomografía y lateral de cráneo iniciales.



Figura 2. Fotografías extraorales iniciales.



Figura 3. Fotografías intraorales iniciales.

la mesialización de los molares para favorecer la rotación mandibular.

Progreso del tratamiento

Se utilizaron brackets MBT slot 0.022, arco transpalatal y lingual; se realizaron extracciones de primeros premolares superiores e inferiores y comenzamos con la fase de alineación y nivelación apoyándonos con la distalización de los caninos (*Figura 4*).

Concluida la primera fase continuamos con el cierre de espacios por medio de lacebacks activos (*Figura 5*).

Detallamos la oclusión con el uso de elásticos de asentamiento y finalmente colocamos retenedores circunferenciales (*Figura 6*).

RESULTADOS

Las fotografías extra e intraorales muestran resultados positivos. El perfil cambió notablemente debido a la rotación anterior mandibular y retracción de los incisivos superiores (*Figura 7*).

Oclusalmente se logró una oclusión clase I canina y molar bilateral, correcta intercuspidad posterior; se obtuvo overbite y overjet adecuados, guía anterior y caninas (*Figura 8*).



Figura 4. Fase de alineación y nivelación.



Figura 5. Fase de cierre de espacios.



Figura 6. Fase de finalización.



Figura 7. Fotografías extraorales finales.



Figura 8. Fotografías intraorales finales.



Figura 9.

Evolución del caso.

DISCUSIÓN

Los pacientes clase II tienen un desbalance esquelético significativo y el tratamiento de ortodoncia tiene como objetivo corregir o enmascarar esta discrepancia.¹

Los ortodoncistas han comprobado que la terapéutica de extracciones de premolares es seguida por cambios en el perfil y tejidos blandos. Muchas investigaciones han basado su atención en la relación de retracción del incisivo y los cambios en el labio superior e inferior.⁴

Los cambios en el perfil de los tejidos blandos son hasta cierto punto cuestión de una opinión subjetiva que varía de persona a persona de acuerdo con modas, razas y grupos sociales.⁴

Algunos estudios se han basado en los cambios en el plano sagital de los labios, usando superimposiciones laterales de radiografías y fotos faciales. Sin embargo, los cambios en los tejidos blandos en el plano frontal son más juzgados por los pacientes porque es así como ellos se ven frente al espejo.^{5,6}

Debemos estudiar las proporciones y adaptaciones normales del tejido blando, su relación con la posición de los dientes y la estabilidad del resultado que se ve influenciada por la presión del tejido blando y sus efectos de equilibrio.²

Más allá de los cambios evidentes tanto dentales como faciales observamos cambios positivos en la actitud y cooperación del paciente, lo que mejora así su autoestima.

CONCLUSIONES

Logramos oclusión funcional, compatibilidad labial, rotación anterior mandibular, disminución en la convexidad perfil y una redistribución significativa de los tejidos blandos alrededor del mentón sin tratamiento quirúrgico (*Figura 9*).

Un correcto diagnóstico y planificación del caso es indispensable para el éxito del tratamiento. Es importante conocer los alcances y límites del tratamiento de ortodoncia sobre los tejidos blandos.

Independientemente de las características inherentes a cada tipo facial, la belleza existe si hay simetría, equilibrio y proporción.

REFERENCIAS

1. Tulloch JF, Medland W, Tuncay OC. Methods used to evaluate growth modification in class II malocclusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1990; 98: 340-347.
2. Proffit W, Fields HW, Sarver DM. *Ortodoncia contemporánea.* 4a ed. EUA. Elsevier Mosby; 2008.
3. Solem RC, Marasco R, Gutierrez L, Nielsen I, Kim S, Nelson G. Three-dimensional soft-tissue and hard-tissue changes in the

- treatment of bimaxillary protrusion. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 2013; 144: 218-228.
4. Bravo LA. Soft tissue facial profile changes after orthodontic treatment with four premolars extracted. *Angle Orthod.* 1994; 64 (1): 31-42.
 5. Burstone CJ. Lip posture and its significance in treatment planning. *Am J Orthod.* 1967; 53: 262-284.
 6. Kasai K. Soft tissue adaptability to hard tissues in facial profiles. *Am J Orthod Dentofacial Orthop.* 1998; 113: 674-684.

Dirección para correspondencia:
Gabriela González Rubio Mendoza
E-mail: grubio18@hotmail.com