

Clase II subdivisión: una alternativa de tratamiento

Autora: Od. María M. P. Martínez Maszezuk*



* Odontóloga
Universidad Nacional
del Nordeste (UNNE)

RESUMEN

Este caso plantea el tratamiento de una maloclusión de Clase II, división 2, subdivisión izquierda en una paciente de sexo femenino sin crecimiento. La estrategia de tratamiento fue la exodoncia de un incisivo mandibular combinada con distalamiento molar superior.

Palabras clave: tratamiento de Clase II, exodoncia de incisivo mandibular, distalización molar superior.

ABSTRACT

This case presents the treatment of a Class II division 2, left subdivision malocclusion in a non-growing female patient.

The treatment strategy was a mandibular incisor extraction combined with upper molar distalization.

Keywords: *treatment of Class II malocclusion, mandibular incisor extraction maxillary molar distalization.*

INTRODUCCIÓN

Pensar mecánicas simétricas que solucionen problemas asimétricos, puede devenir en un vaivén laberíntico antes de proporcionar la ruta directa hacia la corrección de una maloclusión de Clase II de Angle (Cl II) subdivisión. Y, precisamente, de ese muelle se amarró la idea para planificar el tratamiento con distalamiento molar superior (más acentuado del lado de la Cl II).

Fueron muchas, incontables las dudas, pero ante un patrón Cl II 2,^a división de bases óseas generosas, acomodadas en armonía sagital/vertical y en presencia de pequeños incisivos laterales superiores (ILS) se optó por extraer un incisivo inferior (II).

En este caso, los factores esqueléticos de la Clase II son mixtos: maxilares y mandibulares; mientras que el componente dentoalveolar de Cl II es asimétrico: subdivisión izquierda. El factor causante de la asimetría anteroposterior en la relación de Cl II subdivisión está primariamente asociado a la posición distal del primer molar inferior en el lado de la Cl II; y, secundariamente, ligado a la

posición adelantada del primer molar superior. Como resultante, hay una nula o mínima desviación de la línea media hacia el lado de la Clase II.¹⁻² En el caso aquí descrito, la línea media dentaria inferior en relación con el plano medio sagital se presenta con una mínima desviación hacia la izquierda: el lado de la Clase II.

Apréciase que, al optar extraer un II, no coincidirán las líneas medias dentarias, el *overjet* finalizará algo aumentado y será decisivo considerar el tamaño de los incisivos. En este caso clínico, los ILS pequeños propiciaron la obtención de la Cl I canina.³⁻⁴

Resumen del diagnóstico: paciente de sexo femenino, adulta de 22 años y 2 meses de edad, que consulta por: “canino superior izquierdo muy hacia afuera”. Cl II de Angle. Subdivisión izquierda. Segunda división. Perfil armónico. Biotipo mesofacial con medidas cefalométricas dentro de los parámetros esperados para su biotipo facial.

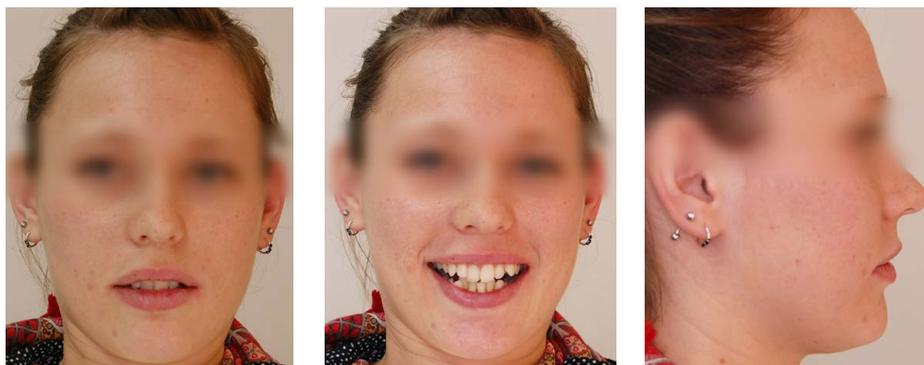
Imágenes preoperatorias (figuras 1 a 9).



Figs. 1, 2 y 3: Radiografía panorámica, telerradiografía lateral y cefalograma de Ricketts, iniciales.

		Norma	Valor del paciente, inicial	Valor del paciente, final
Biotipo	Plano mandibular (Ricketts)	23,4°	23°	25°
	Ángulo goníaco (Jarabak)	130°	129°	127°
	Ángulo articular (Jarabak)	143°	138°	143°
	Porcentaje de Jarabak	63,5 %	70,5 % rotacional anterior	68,8 %
Esqueletal	ANB (Steiner)	2°	4°	-3°
	Convexidad (Ricketts)	0,2 mm	2,6 mm	-0,5 mm
	SNA (Steiner)	82°	83°	79°
	SNB (Steiner)	80°	79°	83°
	Longitud mandibular (McNamara)	125 mm - 116,5 mm	118,4 mm	98 mm
Estéticos	Altura facial (McNamara)	70 mm	69,8 mm	64 mm
	AFI (Ricketts)	47 mm	48 mm	50 mm
Estéticos	Protrusión labial (Ricketts)	-3 mm	-3,4 mm	-3,5 mm
	Ángulo nasolabial (Legan y Burstone)	102° / inferior: 85° ±5	97° / inferior: 77°	91° / inferior: 73°
Dentarios	IS al plano palatino (Burstone y Legan)	110°	103°	108°

Fig. 4: Valores de las cefalometrías: inicial, en azul y final, en verde.



Figs. 5, 6 y 7: Fotografías faciales de frente, sonrisa y perfil iniciales.



Figs. 8 y 9: Fotografías iniciales.

INFORME DEL CASO CLÍNICO

• Análisis dental

Cl II de Angle. Subdivisión izquierda: con Clase II incompleta o de media cúspide (relación cúspide a cúspide: ambas caras mesiales de primeros molares superior e inferior se encuentran prácticamente en el mismo plano). División: 2.^a con incisivos centrales superiores (ICS) retroinclinados; ILS en vestibuloversión mayor del lado derecho; *overjet* de 5,7 mm y *overbite* de 6,1 mm. Los ICS generan un quiebre de la línea gingival. Clasificación de Angle: Clase II molar. Clase canina: derecha I, izquierda II. Índice de Bolton: relación anterior $> 77,2 \% \pm 0,22$; exceso inferior +1,2 mm. Arco superior: 23 en vestibulo-gíngivo versión. Arco inferior: apiñamiento moderado.

• Análisis clínico

Vista facial frontal: tercio inferior armónico. Exposición dentaria en reposo de 6 mm. En sonrisa, con una línea de la sonrisa de altura media expone un 100 % la corona clínica, donde se aprecia el torque negativo de los ICS y la malposición del canino superior izquierdo. Vista lateral: perfil recto, verticalmente armónico. Ángulo nasolabial y soporte labial adecuados.

• Análisis radiográfico y cefalométrico

La radiografía panorámica revela una dentición permanente con los terceros molares incluidos. La telerradiografía lateral y los valores cefalométricos se exponen en las figuras 2, 3 y 4.

• Objetivos del tratamiento

- Mejorar la sonrisa armonizando el plano gingival.
- Lograr la Clase I molar y canina.
- Mejorar el torque de ICS retroinclinados, liberando el espacio vertical que permita solucionar el apiñamiento inferior.
- Nivelar la curva de Spee.
- Corregir el ángulo interincisivo.
- Cuidar la salud periodontal.
- Mantener una estabilidad a largo plazo.

• Plan del tratamiento

Distalamiento superior y extracción de un incisivo mandibular.

- a. Distalamiento molar superior con péndulum.
- b. Extracción de un incisivo mandibular (se selecciona el 3.1 por su pérdida de integridad, con desgaste y fractura incisal durante la niñez).
- c. Instalación de *brackets* metálicos vestibulares preajustados Roth con *slot* .022”.
- d. Consolidación de la arcada inferior: a expensas del espacio generado por la exodoncia de 3.1 y *stripping* de premolares inferiores izquierdos para mover a mesial la pieza 3.6.
- e. Montaje de la arcada superior y retracción segmentada del canino superior izquierdo con anclaje provisto por un microimplante alveolar.

Mecánica

El recurso usado para normalizar la Clase II dentaria fue el distaliamiento asistido por el péndulum de Hilgers, con tornillo de expansión central (Pendex), de modelo estándar con ansa abierta hacia mesial y resorte accesorio al segundo molar izquierdo. Conseguido el movimiento distal (más ligero en 1.6 - 1.7 que en 2.6 - 2.7) es removido el *péndulum* y colocada una barra transpalatina. Paralelamente por vestibular, se instala un microimplante entre 2.6 y 2.5, y se retraen segmentadamente premolares y canino izquierdos; se tracciona 2.3 a distal con brazo de poder para lograr un vector de tiro lo más neutro posible.

Mientras tanto, en la arcada inferior, iniciado el tratamiento con *brackets* metálicos preajustados Roth de *slot* .022” en cuya fase de alineado

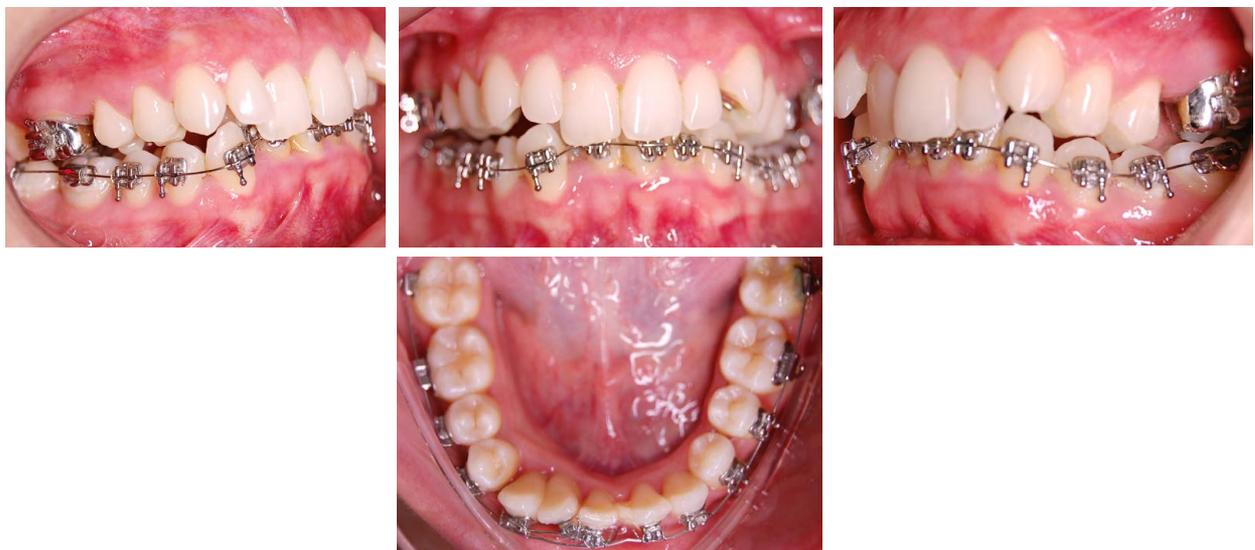
y nivelado se consume prácticamente la totalidad del espacio de 3.1, se termina de cerrar con arco de acero inoxidable .020” con doblez en techo de rancho para conservar el paralelismo radicular de los incisivos al aproximarlos con ligaduras metálicas en “8”. Simultáneamente, se trabaja en la mesialización de 3.6: ligero *stripping* con turbina en 3.3, 3.4 y 3.5 dirigiéndolos progresivamente a mesial con resorte NiTi de espiras abiertas. Finalmente, la pieza 3.6 es asentada con ayuda de gomas intermaxilares 1/8 *medium* Cl II. Luego, se procede al recementado de *brackets* 1.3, 1.4, 1.5 y en 1.6 se reemplaza la banda por un tubo; se reniela todo el sector superior izquierdo con arco NiTi-Cu .017” × .025”. Se culmina con gomas cortas de asentamiento, con vector resultante de Cl II.



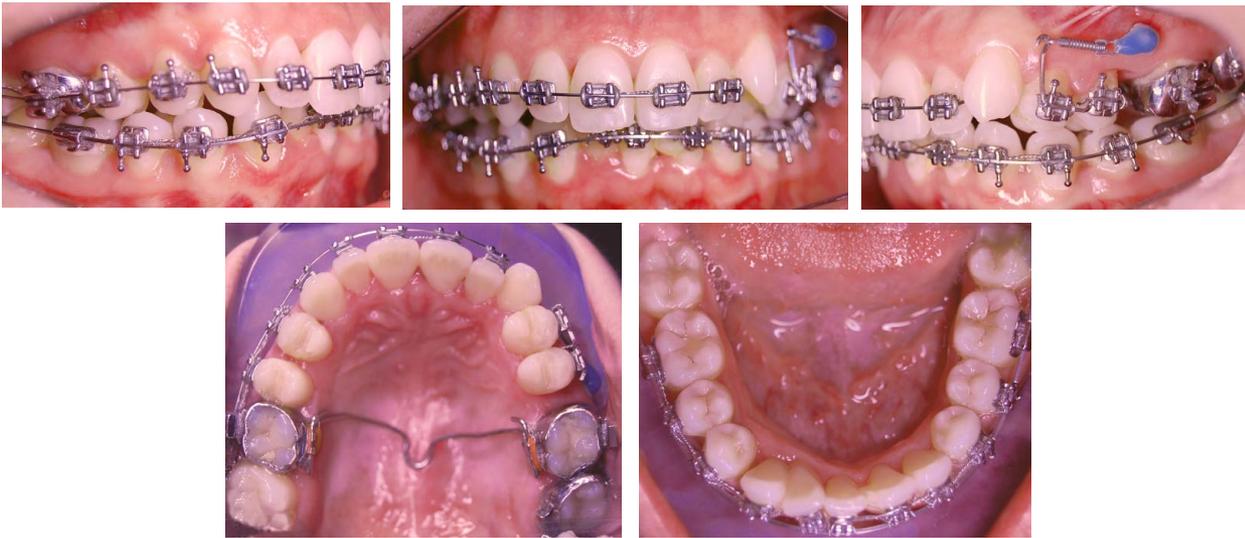
Imágenes del tratamiento (figuras 10 a 22).



Figs. 10 y 11: Arco superior. Instalación del Pendex con ansa abierta a mesial y resorte en el segundo molar izquierdo.



Figs. 12, 13, 14 y 15: Arco superior. Distaliamiento molar conseguido, ligero en 1.6 y 1.7, y más acentuado en 2.6 y 2.7. Arco inferior. Etapa inicial de tratamiento. Exodoncia de 3.1 y confección de diente fantoche.



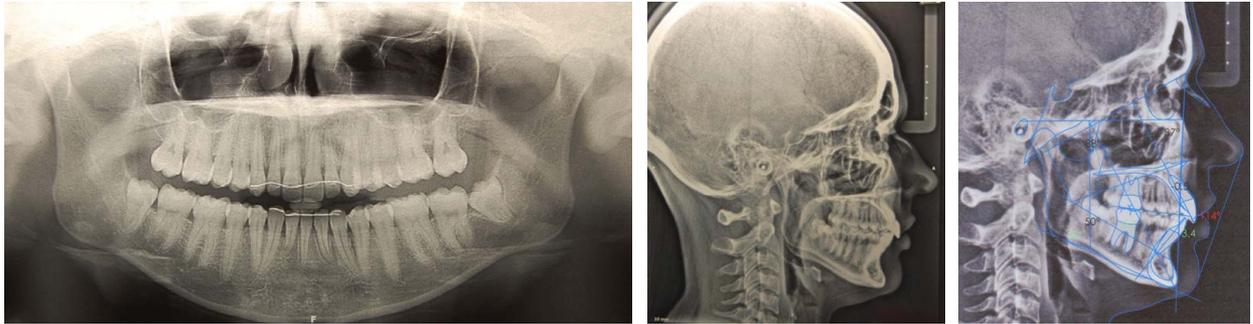
Figs. 16, 17, 18, 19 y 20: Arco inferior. Arco de acero inoxidable de .020" con dobleces de 2.º orden para salvar el paso del doble arco de NiTi de .014" en 4.4 a 4.1. Arco superior segmentado de acero de .017" × .025", barra transpalatina y microimplante que provee anclaje al cierre de espacio generado por la distalización superior izquierda.



Figs. 21 y 22: Arco superior. Progresión de la corrección de la Clase II canina. Arco inferior de acero de .019" × .025"; se observa completado el cierre de espacio de 3.1. Para la contención, se seleccionó una retención fija cementada y placas termo formadas en el arco superior y en el inferior.

Duración del tratamiento total: 36 meses.
Se observan los resultados obtenidos con el tratamiento en las *figuras 23 a 33*.

Imágenes posoperatorias (*figuras 23 a 33*).



Figs. 23, 24 y 25: Radiografía panorámica, telerradiografía lateral y cefalograma de Ricketts, finales.



Figs. 26, 27 y 28: Fotografías faciales de frente, sonrisa y perfil, finales.



Figs. 29, 30, 31, 32 y 33: Fotografías finales.



Figs. 34 y 35: Contención. Sonrisa de perfil comparativa (inicial izquierda y final derecha).

CONCLUSIÓN

El efecto distalizador como vía alternativa a la extracción de premolares colaboró en la corrección/contención de la sobremordida aumentada y, por otro lado, la decisión de extraer un II inclinó la balanza dando peso a desventajas tales como un *overjet* y un *overbite* ligeramente aumentados y la no coincidencia de líneas medias con el progresivo aumento de la

exposición de los incisivos inferiores inherentes al proceso natural de envejecimiento de una paciente adulta. Pero en función del contexto, y a pesar de las dudas oscilantes, las certezas siempre estuvieron fuertemente ancladas en un punto con lo que se logró la plena eficacia del plan elegido.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Siegel MA. *A matter of Class: interpreting subdivision in a malocclusion*. Am J Orthod Dentofacial Orthop. Dec 2002; 122(6): 582-6.
2. Franco JL. *Anomalías de la erupción*. En: Canut Brusola JA. *Ortodoncia clínica y terapéutica*. 2.a ed. España: Elsevier Masson; 2000. p. 383-401.
3. Alexander RG. *Space closure in patients with missing mandibular incisors*. J Clin Orthod. Aug 2008; 42(8): 467-73; quiz 455-6.
4. Uribe F, Nanda R. *Considerations in mandibular incisor extraction cases*. J Clin Orthod. Jan 2009; 43(1): 45-51.