

Clase II esquelética, tratamiento extracción de un incisivo inferior - Reporte caso clínico

Autores: **Gerardo Juliac**¹ **Dra. Beatriz Gurrola Martínez**², **Dr. Adán Casasa Araujo**³

1. Residente de 2do año de la maestría de Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial en el Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia CESO.
2. Profesor de seminario de tesis en el CESO y profesor de Carrera de tiempo completo Titular "C" en la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza.
3. Profesor de clínica y Director del CESO

Para efectos de referencia bibliográfica este trabajo debe ser citado de la siguiente manera: Juliac G., Gurrola B., Casasa A.

"Clase II esquelética, tratamiento extracción de un incisivo inferior, reporte caso clínico."

Revista Latinoamericana de Ortodoncia y Odontopediatría "Ortodoncia.ws edición electrónica julio 2011. Obtenible en: www.ortodoncia.ws. Consultada, .../.../...

Resumen

En este artículo se presenta a una paciente de 11 años y 6 meses, simétrica con un perfil convexo quien presenta clase II esquelética, hiperdivergente, con clase I molar bilateral, clase II canina derecha, clase I canina izquierda, tiene apiñamiento moderado superior e inferior, UD 41 vestibularizado, el overjet aumentado y overbite disminuido. Se determinó como plan de tratamiento la extracción del incisivo central inferior derecho (41), alineación, nivelación, desgaste interproximal, cadenas intramaxilares, elásticos intermaxilares clase II, detallado y retención. Obteniendo clase I molar y canina bilateral, overjet y overbite adecuados, guía incisiva, guía de desoclusión canina y una sonrisa armónica.

Palabras claves: Extracción de incisivo inferior, apiñamiento moderado, maloclusión clase II.

Abstract:

This article presents a 11 years and 6 months symmetrical patient with a convex profile that displays a skeletal class II, hyperdivergent, with bilateral class I molar, right class II canine left class I canine, moderate upper and lower crowding, UD 41 on a flaring position, increased overjet and deficient overbite. The treatment proposed was the extraction of the lower right central incisor (41), alignment, levelin, stripping, intramaxilares chains, intermaxilars class II

elastics, detailed and retention, obtaining a bilateral class I molar and canine, satisfactory overjet and overbite, incisive and canine desocclusion guide and a harmonic smile.

Key Words: Extraction of lower incisor, moderate crowding, class II malocclusion.

Introducción:

Las discrepancias de tamaño dental con respecto al arco, o el apiñamiento dental generalmente han sido manejadas con la extracción de los primeros o segundos premolares, las extracciones del primer o segundo molar son menos comunes. La extracción del incisivo inferior es otra de las alternativas en el arco mandibular (1). La extracción de incisivos mandibulares es la terapia más apropiada para ciertos tipos de maloclusión, realizar la selección adecuada es importante, especialmente adecuado para los pacientes con Clase I y leves maloclusiones de Clase III con tendencia leve a mordida abierta (2). La extracción del incisivo lateral es generalmente preferida por que es menos notoria de frente, pero el incisivo que está más fuera del arco natural y más cercano al apiñamiento es usualmente el mejor candidato para extracción. (3) Es importante mencionar, que cuando se van a alinear los dientes de una arcada dental para corregir un apiñamiento, es necesario verificar que exista espacio suficiente en el arco, realizar las mediciones necesarias y determinar el incisivo a extraer y provocar con esto, una posición óptima de los dientes la cual nos brinde la función requerida, estabilidad y estética para el paciente. (4) La extracción de un incisivo inferior tiene muchas ventajas con respecto a las extracciones de premolares. Primero se reduce el tiempo de tratamiento (especialmente si el apiñamiento esta en el sector anterior), segundo se espera un tratamiento mucho más estable en la región anterior debido a que el ancho intercanino no se altera notablemente. Finalmente, debido a que se requiere de una mínima retracción a diferencia de la extracción de premolares, no se cambia mucho la posición anteroposterior de los incisivos mandibulares permitiendo conservar un perfil armónico. Sin embargo, la extracción de un incisivo inferior tiene algunas desventajas. Si no existe una discrepancia de Bolton inferior el cierre del espacio se traducirá en un aumento del overjet. (1)

Reporte del caso clínico Paciente de sexo femenino con 11 años y 6 meses de edad la cual refiriere como motivo de consulta "no me gusta mi diente de abajo". En los estudios de inicio observamos en las fotos extraorales de frente, una paciente simétrica, normofacial (fig. 1) con un perfil convexo (fig. 2).



Fig. 1
Fotografía frente



Fig. 2
Fotografía perfil



Fig. 3
Fotografía sonrisa

Estudios radiográficos de inicio

En la radiografía lateral de cráneo vemos a la paciente fig. 4. que se clasifica como clase II esquelética, hiperdivergente, con los incisivos superiores en norma e inferiores proclinaos.



Fig.4
Rx lateral de cráneo inicial

En la radiografía panorámica inicial vemos 29 dientes, con presencia del segundo molar temporal inferior izquierdo, sin lesiones aparentes en sus estructuras de soporte. Fig. 5



Fig.5

Rx panorámica inicial se observan los 29 dientes presentes.

En las fotografías intraorales y de modelos de inicio observamos una clase I molar bilateral, clase II canina derecha clase I izquierda, apiñamiento moderado superior e inferior, el 41 fuera de arco. Overjet aumentado y overbite disminuido. Fig. 6-7-8-9.



Fig. 6

Fotografía lateral intraoral y su inicial modelo derecha inicial.



Fig. 7

Fotografía intraoral izquierda de inicio y modelos de estudio

Se observa en las fotografías oclusales de inicio las formas de arco oval superior fig. 8 e inferior fig. 9 presentando apiñamiento moderado; aparatos de anclaje que presenta la paciente al llegar a consulta los cuales fueron retirados, en la arcada superior se observa el 13 fuera de arco y los incisivos laterales palatinizados. En el arco mandibular se observa el 41 fuera de arco por vestibular.

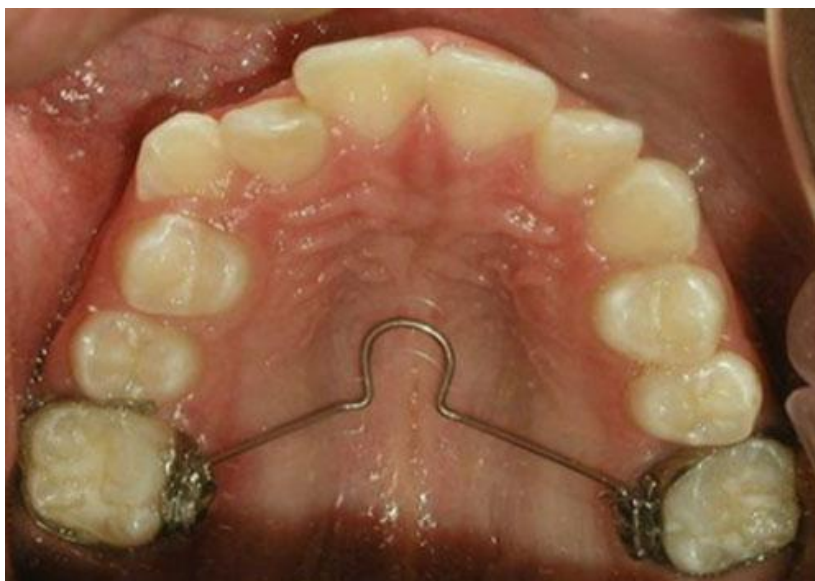


Fig. 8

Fotografía intraoral oclusal superior



Fig. 9
Fotografía intraoral oclusal inferior

El plan de tratamiento para esta paciente: se realizó extracción del incisivo inferior derecho, full bonding con brackets Roth .022x.028. Alineación y nivelación mediante alambres de niti de .012, .016, .018., Acero inox .018, .020 y niti .017x.025. Se realizó stripping antero superior, cadenas intramaxilares y elásticos intermaxilares para lograr un overjet y overbite adecuados, para el detallado se realizaron dobleces de primer, segundo y tercer orden en arcos de acero .017x.025 y .019x.025.

Estudios de progreso en las Fotografías extraorales, de progreso observamos que la paciente continúa siendo simétrica, Fig. 10 y 11



Fig. 10



Fig. 11

Fotografías intraorales Progreso. Se observa una adecuada alineación de las piezas dentarias, la extracción del 41 realizada, el canino superior derecho e incisivos laterales dentro de arco.



Fig. 12 - Fotografía oclusal superior progreso



Fig. 13
Fotografía oclusal inferior progreso

Fotografía intraoral de frente donde observamos línea media dental inferior desviada 1 mm a la izquierda (tomada con el centro de la corona clínica del 31). Fig. 14



Fig. 14
Fotografía de frente progreso

En las fotografías intraorales laterales se observan relaciones caninas y molares clase I bilaterales Figuras 15,16.



Fig. 15
Fotografía lateral derecha progreso



Fig. 16
Lateral izquierda progreso

En sus estudios radiográficos de progreso observamos que continúa siendo una paciente clase II esquelética, hiperdivergente. Fig. 17.



Fig. 17
Rx lateral de cráneo progreso

En la radiografía panorámica se observan 28 piezas dentarias y el patrón inadecuado de erupción de los segundos molares inferiores Fig. 18.



Fig. 18
Radiografía panorámica de progreso.

Estudios finales

Observamos que continúa siendo una paciente simétrica con una sonrisa y un perfil agradable, en las fotografías extraorales finales, figuras. 19, 20, 21.



Fig. 19
Fotografía frente



Fig. 20
Fotografía sonrisa



Fig. 21
Fotografía perfil

Para el análisis intraoral final se observa línea dentaria superior coincidente con la facial, al igual que la línea dentaria inferior con respecto a la superior están coincidentes tomada con el centro de la corona clínica del 31. Fig. 22



Fig. 22
Fotografía intraoral de frente final

Se mantiene la relación molar y canina clase I bilateral. Adecuada alineación y nivelación, adecuado overjet y overbite, correcta intercuspidadación, y formas de arcos ovals figuras . 23, 24, 25,26.



Fig. 23
Radiografía lateral derecha final



Fig. 24
Fotografía lateral izquierda final



Fig. 25
Fotografía oclusal superior final



Fig. 26
Fotografía oclusal inferior final

Se observa al final del tratamiento en las radiografías una paciente clase II esquelética, con 28 piezas dentarias, adecuado paralelismo radicular, figuras. 27, 28.



Fig. 27
Radiografía lateral de cráneo final



Fig. 28
Radiografía panorámica final donde observamos el cambio en el patrón de erupción de los segundos molares inferiores por la mecánica utilizada.

Para la retención se confeccionaron Hawley superior modificado con fingers en 12 y 22, y Hawley inferior con cinturón vestibular. Figuras. 29, 30 y 31.



Fig. 29
Fotografía de frente con retenedores



Fig. 30
Oclusal superior de retenedor



Fig. 3
Oclusal inferior de retenedor

Discusión:

La extracción de un incisivo inferior puede ser beneficiosa para varios tipos de maloclusiones, en este caso se presentó una paciente clase II esquelética con resultados estéticos y funcionales adecuados a pesar de que autores como: Faerovig y Zachrisson comentan que este indicado en pacientes clase I y leves clase III esqueléticas. 2 En este paciente existía un exceso de Bolton inferior lo que fue indispensable al momento de realizar el diagnóstico y plan de tratamiento como lo comenta Uribe y Nanda 1. Para determinar que incisivo extraer se tomó en cuenta el que estaba fuera de arco con la ayuda de un setup diagnóstico en los modelos de estudio.

Conclusión:

Es muy importante para realizar un diagnóstico y el plan de tratamiento a seguir para casos de extracciones de incisivos, tomar en cuenta los estudios diagnósticos complementarios como los análisis de modelo para observar la discrepancia de espacio y de Bolton existente recordando que un exceso de Bolton superior se traducirá en aumento de overjet.

Referencias bibliográficas:

1. Uribe Flavio y Ravindra Nanda, Considerations in mandibular incisor extration cases, JCO enero 2009
2. Faerovig E, Zachrisson Bu. Effects of mandibular incisor extraction on anterior occlusion in adults with class iii malocclusion and reduced overbite.am j orthod dentofacial orthop. 1999 feb; 115(2): abstract, 113-124.
3. Ravindra Nanda. Biomecánica y estética en ortodoncia. Amolca. Edición 1. Año 2007
4. Gavin. J Jenz, Michael G. Incisal changes and orthodontics stability. Journal angle orthodontics 1999; 69 (5).
5. Pauls Hj. Mandibular incisor extraction. J. Orofac Orthop. Pubmed-indexed for medline. 1999;60(6):abstract,435-443.
6. Owen a. Single lower incisor extractions. JCO 1993; 153-160.
7. Little rm, Riedel Ra, Artun J. An evaluation of changes in madibular anterior alignment from 10 to 20 years posretention. Ajodo 1988; 93:423-428.
8. Canut, J.A Ortodoncia clínica. Editorial Salvat, España 1991.
9. Hurtado A Casasa, R, Rodríguez, E. "la extracción de un incisivo inferior como alternativa de tratamiento en apiñamientos." revista latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría "ortodoncia.ws edición electrónica septiembre 2009
10. Bennett J.C., Mclaughlin R.P., Mecánica en el tratamiento de ortodoncia y la aparatología de arco recto. Editorial mosby/doyma libros. Madrid, España. 235-238.