

# Tratamiento quirúrgico de la maloclusión clase II

## Caso clínico

### Juliana Duque Restrepo

Residente de segundo año de la Maestría de Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial del Centro de Estudios Superiores de Ortodoncia CESO.

### Dra. Beatriz Gurrola Martínez

Profesor del CESO y profesor de carrera de tiempo completo Titular "C" de la FES Zaragoza.

### Dr. Adán Casasa Araujo

Profesor de clínica y director del CESO.

## Resumen

**S**e reporta un caso de un paciente de 17 años 10 meses de edad clase II esquelética, hiperdivergente, clase II molar bilateral, clase II canina bilateral, con apiñamiento severo superior e inferior, overjet y overbite aumentado, con los incisivos inferiores proclinalados y protruidos, el perfil convexo y presenta micrognatia. La maloclusión fue tratada con terapéutica ortodóncica y quirúrgica. Entre los objetivos del tratamiento se planteó la descompensación dental y la estabilidad oclusal para referir a cirugía, se realizó osteotomía sagital de rama mandibular de avance bilateral de 6 mm aprox. con fijación rígida y genioplastia de avance de 5mm aproximadamente.

**Palabras clave:** Clase II esquelética, descompensación dental, osteotomía sagital de rama mandibular, genioplastia.

## Introducción

Las maloclusiones clase II son muy comunes en México, sin embargo es un problema que un buen diagnóstico puede determinar por qué se presenta y cómo debe corregirse. La apariencia facial juega un papel muy importante en la aceptación social y la psicológica del paciente<sup>1</sup>. El manejo de estos pacientes requiere de cirujanos maxilofaciales bien entrenados, tanto en lo médico como en lo estomatológico, integrados con los ortodoncistas



Fig. 1. Extra oral de frente.



Fig. 2. Extra oral de perfil.



Fig. 3. Intraoral de frente.



Fig. 4. Intraoral derecha.



Fig. 5. Intraoral izquierda.



Fig. 6. Intraoral superior.



Fig. 7. Intraoral inferior.



Fig. 8. Radiografía lateral inicial.

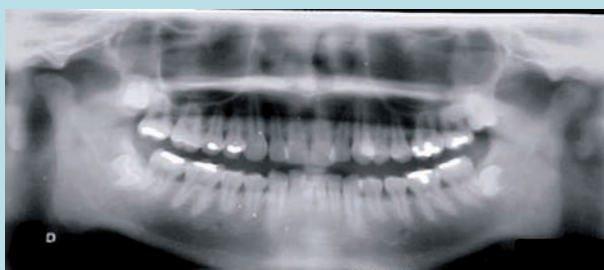


Fig. 9. Radiografía panorámica inicial.

en el diagnóstico y planificación del tratamiento y, a veces también, con los cirujanos plásticos para la resolución en el mismo acto operatorio de la comorbilidad facial de índole estética y funcional<sup>2</sup>. La relación dento-esquelética es un gran indicador para determinar la necesidad de una cirugía, siendo completado y reforzado por una valoración de tejido blando. Las predicciones quirúrgicas son herramientas importantes para demostrar los posibles resultados quirúrgicos. La gran mayoría de procedimientos quirúrgicos de clase II esqueléticas reportan deficiencia mandibular<sup>3</sup>. Por otro lado, muchas veces la microgenia del mentón suele ser corregida alterando la posición del mentón con osteotomías, injertos de hueso, hueso sintético o implantes aloplásticos. Generalmente los pacientes quirúrgicos tienen un aumento positivo en la autoestima, su valoración personal y cambio de imagen después de la cirugía.<sup>4,5</sup>

### Reporte de caso

Se presenta un paciente de 17 años 10 meses que acude a consulta para "inicio de brackets". Al examen clínico extraoral inicial, en su fotografía de frente (Fig. 1) se observa simétrico y mesofacial, en su foto de perfil (Fig. 2) se ve el perfil convexo y la micrognatia.

**Estudios intraorales:** se observa apiñamiento moderado en superior e inferior. El paciente presenta clase II molar bilateral y clase II canina bilateral (Fig. 3), con un overjet de 6 mm y el overbite de 50%. En la lateral derecha (Fig. 4) y lateral izquierda (Fig. 5) las formas de arco ovaladas, así como en el superior (Fig. 6) como para la inferior (Fig. 7).

**Estudios radiográficos de inicio:** en su radiografía lateral de cráneo (Fig. 8) se observa un Anb de 11° y Witts de 9 mm, lo cual indica que es una clase II esquelética, se ve la mandíbula más pequeña que el maxilar en 10 mm y su tercio inferior disminuido en 97%.

En su radiografía panorámica (Fig. 9) se observa el cóndilo izquierdo más corto que el derecho por 3 mm, la rama mandibular derecha está más larga que la izquierda por 2 mm, existe rotación mandibular hacia la izquierda.

### Tratamiento

El tratamiento que se le aplicó al paciente en el CESO consistió en dos fases. La inicial de ortodoncia prequirúrgica, que se fundamentó en la alineación, nivelación, descompensación dental y





Fig. 10. Intraoral de frente pre-quirúrgica.



Fig. 11. Perfil pre-quirúrgica.

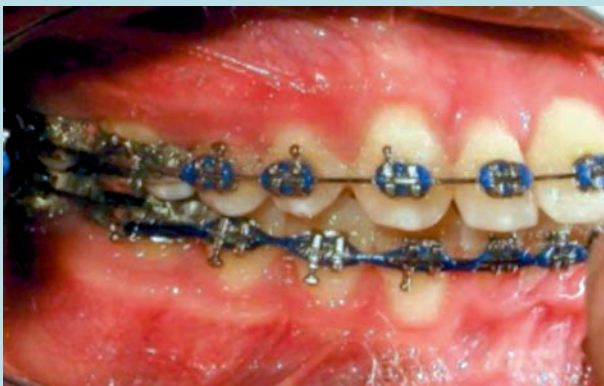


Fig. 12. Intraoral derecha pre-quirúrgica.



Fig. 13. Intraoral izquierda pre-quirúrgica.



Fig. 14. Radiografía de perfil pre-quirúrgica.



Fig. 15. Intraoral de frente pos quirúrgica.



Fig. 16. Extraoral de frente final .



Fig. 17. Extraoral de perfil final.

estabilidad oclusal (tripodismo); y una segunda fase de ortodoncia posterior a la cirugía maxilofacial, donde se realizó el detallado y retención. Como objetivos principales de tratamiento se propusieron los siguientes:

**Fase ortodóncica pre-quirúrgica:** corrección del apiñamiento, descompensación dental, obtención de estabilidad oclusal (tripodismo).

**Fase quirúrgica:** mejorar las relaciones esqueléticas, corrección del perfil facial.

**Fase posquirúrgica:** para la obtención de la clase I molar y canina bilateral, así como del overbite y overjet adecuado. Una vez obtenidos los objetivos de la fase pre-quirúrgica (Fig. 10-13), se procedió a realizar la cirugía ortognática.

En su radiografía de perfil (Fig. 14), se observa incisivos inferiores proclinalados en  $112^\circ$ , Anb de  $11^\circ$  y Witts de 9 mm.

**Primera fase:** se realizó cirugía ortognática, la cual consistió en la osteotomía sagital de la rama mandibular de avance de 6 mm aproximadamente, con fijación rígida. También se procedió a realizar la genioplastia de avance con alrededor de 5 mm.

Una vez realizada la cirugía maxilofacial, se mantuvo al paciente con 1 mes sin tratamiento ortodóncico activo para permitir la cicatrización de los tejidos e iniciar la segunda fase, al retomar el procedimiento se evaluaron las condiciones clínicas de la paciente posterior a la cirugía y se hicieron las correcciones pertinentes. Se observa la línea media inferior desviada hacia la izquierda 5 mm (Fig. 15).

**Resultados del tratamiento:** en el examen clínico extraoral posterior al tratamiento, se observó el balance facial obtenido a partir de la corrección del perfil a través de las relaciones esqueléticas, (Fig. 16 y 17).

Al examen clínico intraoral se observó correcta alineación y nivelación, líneas medias coincidentes, overjet de 2 mm y overbite del 20% (Fig. 18).

Asimismo, se observa clase I canina bilateral y clase I molar bilateral, así como una adecuada intercuspidación anterior.

En su radiografía lateral de cráneo, se puede ver la correcta posición mandibular, siendo actualmente una paciente clase I esquelética con Anb de  $4^\circ$  y



Fig. 18. Intraoral de frente final.



Fig. 19. Intraoral derecha final.



Fig. 20. Intraoral izquierda final.



Fig. 21. Comparación de perfil inicio, progreso y final





Fig. 22. Radiografía lateral de cráneo final.

Witts de +2mm, mejor relación dental y perfil de tejidos blandos (Fig. 22).

### Discusión

La motivación principal de los pacientes con maloclusiones clase II de tipo esquelético generalmente es de carácter estético. Sin embargo, al estar comprometida la función se hace imperativa la corrección quirúrgica de dicha maloclusión. Por tal motivo, es evidente que los objetivos del tratamiento

en este tipo de pacientes deben contemplar la estética, la función y el carácter psicológico<sup>6,7</sup>. En el caso que se reporta fueron alcanzados todos los objetivos considerados al inicio del tratamiento, especialmente el balance facial que era de vital importancia para el paciente (Fig. 21).

### Conclusiones

Los resultados alcanzados en el tratamiento indican que el diagnóstico adecuado de las maloclusiones clase II tipo esquelético, garantizan la obtención de los objetivos definidos al inicio del caso. Determinar la etiología de la discrepancia en las relaciones esqueléticas, permite seleccionar la mejor y más adecuada alternativa de tratamiento, logrando los mejores efectos terapéuticos.

### Referencias bibliográficas

1. Veltkamp T, Buschang PH, Bates JJ, Schow SR. Predicting lower lip and chin response to mandibular advancement and genioplasty. *J Orthod Dentofacial Orthop* 2002; 122: 627-34.
2. Hernán Ramírez S. y col. Cirugía ortognática: diagnóstico, protocolo, tratamiento y complicaciones. Análisis de experiencia clínica. *Rev. Otorrinolaringol. Cir. Cabeza Cuello* 2006; 66: 221-231.
3. Yunuen Alejandri, Isaac Guzmán. Tratamiento Ortodóncico quirúrgico de una maloclusión CII esquelético severa. Reporte de caso clínico. *Revista odontológica Mexicana*. Septiembre 2009. Vol. 13: 158-64.
4. Wolford LM, Karras SC, Mehra P. Considerations for orthognathic surgery during growth, Part 1: Mandibular deformities. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 2001; 119: 95-101.
5. Hatch JP, Rugh JD, Bays RA, Van Sickels JE, Keeling SD, Clark GM. Psychological function in orthognathic surgical patients before and after bilateral sagittal split osteotomy with rigid and wire fixation. *Am J Orthod Dentofacial Orthop* 1999; 115: 536-43.
6. Celina Verónica Mariel. El paciente ortodóncico: un abordaje psicoanalítico. *Rev Cubana Ortod.* 1997;12(1):64-69.
7. Gazit-Rappaport T, Haisraeli-Shalish M, Gazit E. Psychosocial reward of orthodontic treatment in adult patient. *Eur J Orthod.* 2010;32(4):441-6