

UNIVERSIDAD PERUANA LOS ANDES

Facultad de ciencias de la salud

Escuela Profesional de Odontología



TRABAJO DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

REPORTE DE CASO CLÍNICO DE MALOCLUSIÓN CLASE III, ANÁLISIS CEFALOMÉTRICO

Para optar : El título profesional de Cirujano Dentista

Autor : Bachiller Ronald Gomez Huayta

Asesor : Ordóñez Hospinal Washington Manuel

Líneas de Investigación Institucional: Salud y Gestión de la Salud

Lugar o Institución De Investigación: CLÍNICA PARTICULAR

HUANCAYO – PERÚ

2022

DEDICATORIA

Esta dedicado a Dios por brindarme salud y permitirme terminar la carrera, a mis padres por el apoyo incondicional que siempre me brindaron.

AGRADECIMIENTO

A mis profesores doctores, por guiarme para terminar la carrera y poder presentar este trabajo y poder obtener el título profesional.

CONTENIDO

CAPÍTULO I

PRESENTACIÓN

DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
CONTENIDO	iv
RESUMEN	vi
INTRODUCCIÓN	vii

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	8
2.2. OBJETIVOS	9
2.3. MARCO TEÓRICO	9
2.3.1. Antecedentes	9
2.2.2. Bases Teóricas o Científicos	13

CAPÍTULO III

DESARROLLO DEL CASO CLINICO

3.1 HISTORIA CLÍNICO	21
3.2. EXAMEN CLÍNICO GENERAL	23
3.3. EVALUACIÓN INTEGRAL	24
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO	27

CAPÍTULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO	33
CAPÍTULO V	
DISCUSIÓN	34
CAPÍTULO VI	
CONCLUSIONES	34
CAPÍTULO VII	
RECOMENDACIONES	35
REFERENCIA BIBLIOGRÁFICAS	35

RESUMEN

El apiñamiento de los dientes y la protrusión es un problema que aqueja a la población desde hace muchos años antes de cristo, conociendo que la ortodoncia es un tratamiento para las maloclusiones clase III.

Donde podemos visualizar que los maxilares tienden a presentar alteraciones dentoesqueleticas y dentoalveolares, con respecto al crecimiento en la persona basándose en la posición del cráneo, la clase e inclinación de los dientes.

El caso clínico presentado paciente de sexo femenino de 13 años y 6 meses de edad, con dentición permanente, presenta 28 piezas presentes en ABEG, Maloclusion Clase III dolicocefalo, dolicofacial, asimétrico en el tercio inferior, con musculatura alterada, perfil-antero posterior cóncavo perfil vertical hiperdivergente, presenta incompetencia labial.

Palabra Clave: Maloclusion clase III, dolicocefalo, hiperdivergente

INTRODUCCIÓN

La relación funcional en el sistema masticatorio está relacionada con la oclusión de los dientes, tejido, sistema neuromuscular, articulación temporomandibular y esqueleto craneofacial. Con los tejidos que estimulan la función para diferenciar, modelar y remodelar los tejidos. (1)

Las maloclusiones presentan órganos dentales que permiten el contacto de las piezas dentarias tanto superior como inferior con las bases óseas para Angle clasifica en tres tipos de maloclusiones clase I, II y III en 1899, la maloclusión clase III tiene en cuenta la oclusión de las cúspides vestibular de la primera molar inferior, con la frecuencia y la más difícil de tratar. (1)

CAPÍTULO II

2.1. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La maloclusión clase III es un problema esquelético anteroposterior en la que puede observar relaciones alteradas de los componentes óseos, dentarios y musculares, siendo el componente esquelético alterado con mayor frecuencia en la deficiencia maxilar en sentido sagital y transversal. (2)

Durante el crecimiento la clase III durante crecimiento, constituye uno de los retos más difíciles con los que se puede encontrar el clínico que hace ortodoncia, maloclusiones clase III pueden empeorar, acanando en la mayoría de los casos con intervenciones de cirugía ortognática una vez llegada a edad adulta. Por lo cual es preciso distinguir entre una maloclusión localizada y de buen pronóstico terapéutico de aquellas que afecta a todo el conjunto oclusal, limitado en sus posibilidades correctivas y con un pronóstico dudoso tanto por la incertidumbre del resultado final como la inestabilidad postratamiento. (3)

2.2. OBJETIVOS

- Determinar la maloclusión clase III
- Conocer los tratamientos para maloclusiones

2.3. MARCO TEÓRICO

2.3.1. Antecedentes

Patiño J. En el año 2018 se desarrollo un trabajo con el objetivo determinar la prevalencia de maloclusiones dentarias en escolares de 12 años,

metodología es cuantitativo, observacional, documental y retrospectivo, con los que indican los resultados que la maloclusión es de 45%, con el perfil convexo, siendo divergente en la frecuencia de relación molar y canina, en conclusion los índices de maloclusiones afectan a los dos sexos de manera similar. (4)

Ramírez J. Et al. Se desarrollo un trabajo con el objetivo de analizar el comportamiento del desarrollo y crecimiento de los patrones maxilares, requiriendo el reconocimiento del caso clínico con la poblaciones clase III en un grupo reducido de la población, con sus marcadas complicaciones que nos tratadas a temprana edad es por lo que se aplica tratamientos de mejora en las correcciones de las maloclusiones clase III. (6)

Talley M. Et al. Se desarrollo un trabajo en la que estudio se realizó estudios que permiten conocer los índices de las maloclusiones en relación con la clasificación de Angle en pacientes de 8 y 40 años, presentando que la clase I con el 52.8% del total de la muestra de los que padecen con la clase II, en conclusión, la importancia concienciar tanto a la población como los profesionales en salud oral sobre los problemas de maloclusión. (7)

Loor L. En el año 2016 se desarrolló un trabajo con el objetivo de determinar cuál es la prevalencia de maloclusiones en niños de 6 a 8 años que estudian, metodología es de tipo transversal, explicativo con la muestra de 100 pacientes, en los resultados los niños presentan clase II el 51%, mientras los pacientes con clase I el 46%, y solo el 3% presento clase III, con la prevalencia de plano terminal, encontrándose el 63% en el plano terminal recto, un 17% escalón mesial y en un 4% escalón distal, teniendo un porcentaje de la población de estudio del 16% que no tienen segundo molares

temporarios, en conclusión existe una alta prevalencia de maloclusión clase II con el plano terminal recto. (8)

2.3.2. Bases Teóricas o Científicos

Relación molar

Indica la relación que hay entre la cúspide mesiovestibular del primer molar superior y el surco mesiovestibular del primer molar inferior.

La clasificación en la que nos basaremos es la clasificación de Angle

Se clasificaron en:

- Clase I
- Clase II subdivisión 1 y 2
- Clase III

Maloclusion clase I

Es cuando ocluyen la cúspide mesiovestibular con el surco vestibular de la primera molar tanto superior como inferior.

Maloclusion clase II

Se relaciona la cúspide mesiovestibular con el surco vestibular a nivel mesial del primer molar. (4)

Maloclusion clase III

Esta maloclusión es también conocida como distoclusión, en ambas arcadas puede hallarse una mala posición dental de severo a moderado especialmente en el arco superior. (4)

Etiología

Es un problema multifactorial que se da por el lado de la herencia con el desarrollo de la transmisión poligénica.

En 1972 Von Limbrough considera a la lengua aplanada y deprimida un factor de desarrollo de la maloclusión al establecer una relación causa – efecto. (9)

CAPÍTULO III

CASO CLINICO

3.1 HISTORIA CLÍNICA

ANAMNESIS

- NOMBRE: G.S.S.
- EDAD: 13 AÑOS
- SEXO: FEMENINO
- FECHA DE NACIMIENTO: 11/05/12
- **MOTIVO DE CONSULTA**

“Quiero arreglarme los dientes , porque están chuecos para verme bien y poder hablar claro algunas palabras que no puedo”

- **HISTORIA MEDICA:** NC
- **HISTORIA ODONTOLÓGICA:** Paciente refiere haber asistido al consultorio odontológico para realizarse curaciones, hace 6 meses
- **HISTORIA FAMILIAR:** NC

Fotografía extraoral



Fotografía intraoral



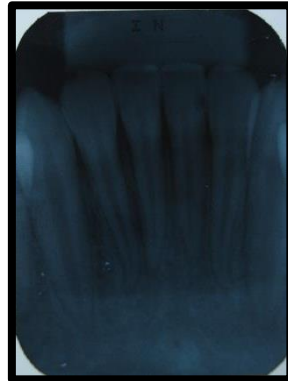
3.4. DIAGNÓSTICO Y PRONOSTICO

- **DIAGNOSTICO PRESUNTIVO**
 - Malocclusion Clase III
 - Dolicofacial, asimétrico en el tercio inferior, con musculatura alterada, perfil-antero posterior cóncavo perfil vertical hiperdivergente, presenta incompetencia labial.
 - **EXAMEN INTRAORAL:** frenillo sup. De inserción media, inf.
 - Relación canina clase III y Relación molar clase III.
 - O.J: 1.5mm O.B:0 %

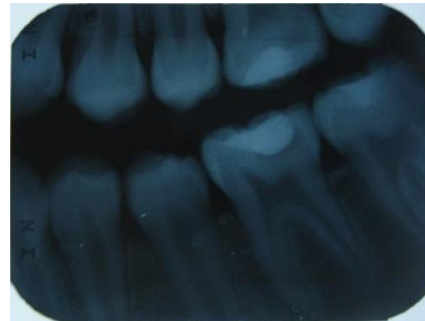
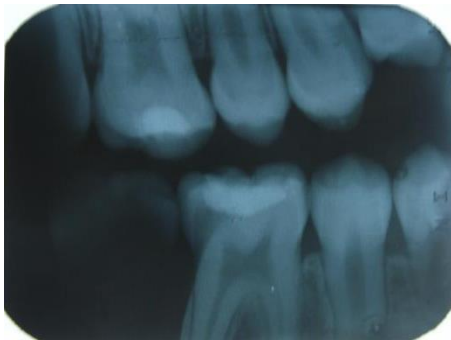
- Curva de spee acentuada mordida abierta antero-posterior
- Ausencia clínica de las piezas 1.8, 2.8, 3.8, 4.8

EXÁMENES AUXILIARES

- Radiografía periapical



- Radiografía Bite Wing



- Radiografías panorámicas

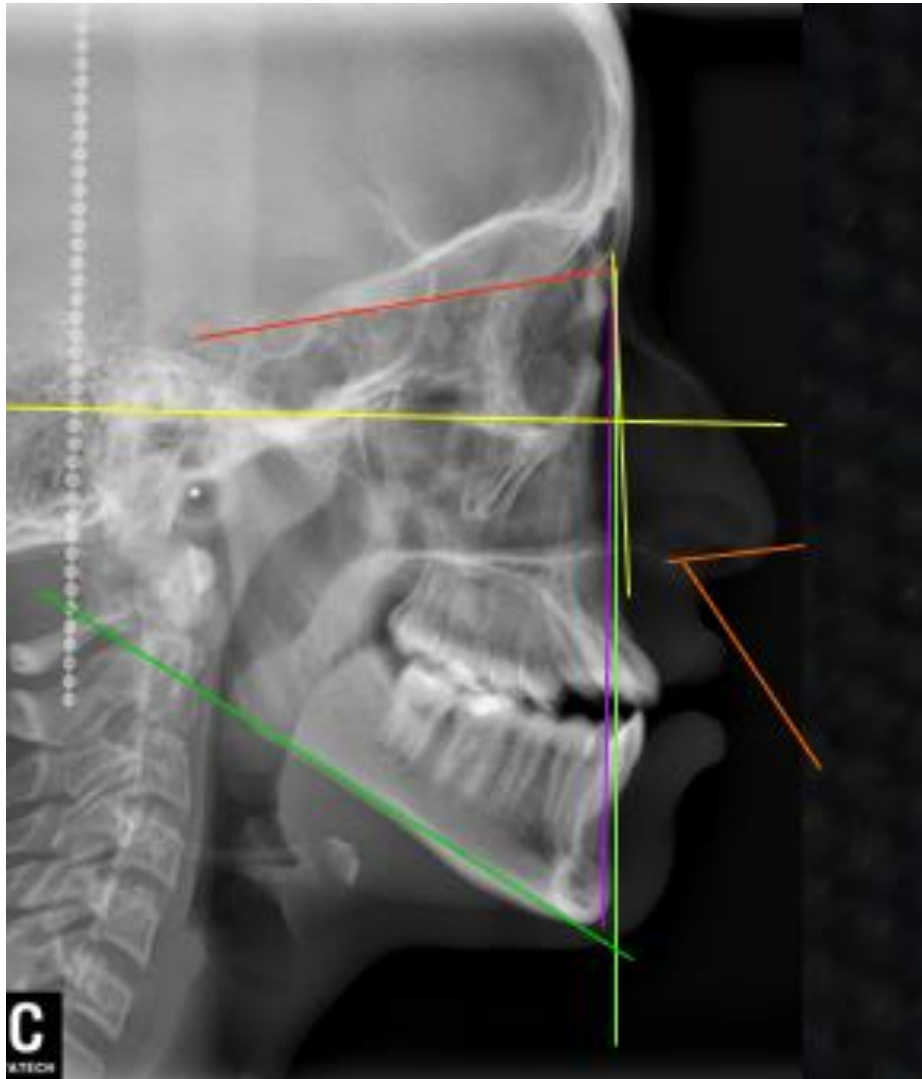


- **Informe radiográfico**
 - IRO Compatible con Angulo de mandíbula asimétricos.
 - Presencia de 28 piezas permanentes
 - Piezas 1.6, 2.6, 3.6 , 3.7 , 4.6 , 4.7 IRL compatible con caries recidivante subyacente a material de obturación
- **Radiografías carpal**



PROCEDIMIENTO

- **Análisis Cefalométrico**



Relación esquelética clase I por ligera protrusión de la maxila con longitud efectiva de mandibular aumentada
Hiperdivergente, 1/3 inferior aumentado
Vestibularización y protrusión de los incisivos superiores.
Lingualización y protrusión de los incisivos inferiores.
Labio superior ligeramente protruso
Perfil convexo.
Longitud de la base del cráneo aumentado,
FSN. Con inclinación hacia abajo
Análisis de la USP: clase III

Factor	V/Promedio	
LBC	70+/-2	80
SNA:	82 +/- 3	86
SNB:	80 +/- 3	85
ANB:	2 +/- 3	1
A-Nper	1	3
Pg-Nper	2a+4	3
CoA		93
CoGn	119-122	139
AFAi:	65-66	85
F.SN:	8 7	
SN-Mgo	32 +/-5	40
Eje Y:	60 +/-3	60
I.NA:	22 25	
I-NA:	4 10	
I.NB:	26 24	

ANL	102+-8	93°
LS-Nper	14+-8	20°
I.NB	0 11	22°

▪ **Análisis de modelo de estudio**



ARCO DENTARIO SUPERIOR
ESPACIO DISPONIBLE: 74mm
ESPACIO REQUERIDO: 76mm
DISCREPANCIA: -2mm



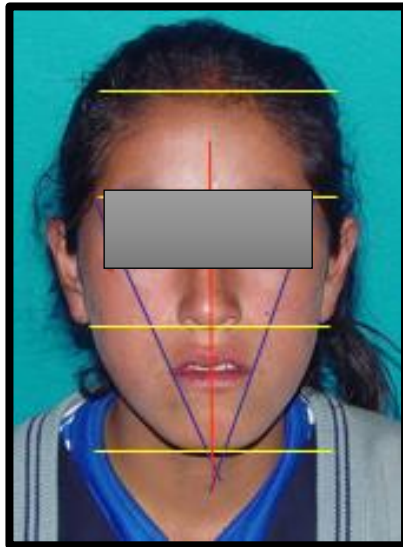
ARCO DENTARIO INFERIOR
ESPACIO DISPONIBLE: 58mm
ESPACIO REQUERIDO: 62mm
DISCREPANCIA: -4



Bolton Total :
12 pza : 1.1mm
06 pza : 2mm



▪ Evaluación facial



LINEA DE EPKER : LS : 1.5 mm normal
 LI : 1mm normal

Pg. : -4 normal

▪ **Tercios**



▪ **Diagnóstico definitivo**

- PACIENTE DE 13AÑOS DE EDAD CON DENTICION PERMANENTE CON MAL OCLUSION TIPO III EN ABEG.
- DOLICOCEFALO,DOLICOFACIAL, CON PERFIL ANTERO POSTERIOR CONVEXO,PRESENTA PERFIL VERTICAL HIPERDIVERGENTE.PRESENTA ASIMETRÍA FACIAL EN EL TERCIO INFERIOR ,PRESENTA INCOMPETENCIA LABIAL, PRESENTA DEGLUCION ALTERADA TIPO IV,
- I.S VESTIBULARIZADO Y PROTRUSO
- RC CLASE III Y RM CLASE III.
- O.J : 1.5MM O.B : 0%
- Según el análisis de Bolton los dientes maxilares son mayores en diámetro que los dientes mandibulares, discrepancia y problema maxilar, problemas en el sector anterosuperior.

CAPITULO IV

4.1. PLAN DE TRATAMIENTO

- Expansor palatino
 - Arco extra oral de protrusión
 - PROCEDIMIENTO QUIRÚRGICO
 - Cirugía Ortognática
 - Glosectomía Parcial
- **Consentimiento informado**

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA PRACTICA DE TRATAMIENTOS ODONTOLÓGICOS DE INTERVENCIONES QUIRÚRGICAS, DERIVADOS DE LA RELACION DOCENTE ASISTENCIAL.

NOMBRE DEL PACIENTE Dr. Federico Esteban Villanar
FECHA 22 de Mayo CLÍNICA 3 FRECUENCIA 1

1 Yo, Dr. Federico Esteban Villanar, identificado con DNI N° 70723273 por medio del presente documento, en mi calidad de docente, en pleno y normal uso de las facultades mentales, cargo en firme libre, mi consentimiento al Docente _____ para que por intermedio y con el concurso del estudiante sometida a su dirección así como los asistentes que el elija o asigne y la ayuda instrumental de la salud que se requiera me practique la siguiente intervención quirúrgica yo realizo el siguiente procedimiento: Expansor palatino extraoral protrusor

2. El Docente en ningún caso está autorizado para llevar a cabo o solicitar la práctica de condiciones o procedimientos odontológicos adicionales a los que ya están autorizados en el espacio clínico cuando el buen resultado del tratamiento así lo exijan.

3. El Docente, informa al paciente de la existencia de riesgos generales y específicos irreversibles que por sus propias características no se pueden advertir y que el paciente declara que los conoce y que comprende en su totalidad la importancia, importancia y posibilidad de que en desarrollo del curso de la intervención o del tratamiento se presenten.

4. El consentimiento y autorización que interceden han sido otorgados previa evaluación que del paciente ha hecho el docente y estudiante del área responsable con el objeto de verificar las condiciones clínicas patológicas y previa información que el Docente me ha hecho con respecto a los riesgos, privacidad y consecuencias que pueden derivarse de la intervención consentida, en los términos con los cuales se han consignado en la historia clínica. Declaro que he leído atentamente y he comprendido las explicaciones dadas así como que he sido informado de los riesgos que he tenido y manifestado al respecto.

5. Se me ha explicado que incluso después de imponible o fallar preventivos, los cuales por esta razón, no puede ser advertido y en consecuencia, declaro expresamente que así mismo, por haber expresado que la odontología no es una ciencia exacta y que con la intervención autorizada se buscará para el paciente un buen resultado, el cual no depende exclusivamente del odontólogo y por ello no puede ser garantizado.

6. Igualmente otorgo mi consentimiento para que la anestesia que pueda llegar a requerirse sea administrada y me han sido advertidos los riesgos que para el caso comporta la administración de ANESTESIA. He recibido satisfactorias explicaciones a este respecto y las dudas que he tenido y manifestado me han sido aclaradas.

7. He recibido clara(s) instrucción(es) en el sentido de que el consentimiento que otorgo mediante este documento, puede ser revocado o dejado sin efecto por la simple decisión del suscrito tomada antes de la intervención realización del tratamiento.

8. Se me ha explicado que la atención odontológica de que será objeto se desarrollará conjuntamente por el docente y los estudiantes que están bajo su supervisión y formación. En efecto, se me explica de manera clara y completa esta situación a la que declaro mi expresa aceptación y expreso las especiales condiciones que un tratamiento en estas circunstancias genera.

9. Autorizo que a condición de que no se mencione el nombre del paciente, sus exámenes de laboratorio de patología, sus radiografías y fotografías, pueden ser utilizados con fines de enseñanza, investigación y/o divulgación científica.

Certifico que el presente documento ha sido leído y entendido por mí en su integridad.

FIRMA DEL PACIENTE
DNI N° 7009 82 11

FIRMA Y SELLO DEL ODONTÓLOGO RESPONSABLE DEL ÁREA

FIRMA DEL ESTUDIANTE

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN

- Ramirez, J. Et al. Menciona que la maloclusión en la actualidad existe diversos tratamientos disponibles que modifican la relación esquelética incluyendo la colocación de aparatología en los maxilares.
- Es por ello que se requiere las radiografías cefalométricas para determinar el tipo de estructura esquelética que presenta el paciente en relación craneofacial, debido a la variación del crecimiento facial. (9)

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES

- Se concluye que las maloclusiones clase III siendo un fenotipo dentofaciales heterogéneo que se caracteriza por el crecimiento excesivo de la mandíbula.
- Los tratamientos de maloclusiones clase III pueden ser de tipo dentario o esquelético.
- Es importante la evaluación de los apcientes de manera intraoral como extraoral.

CAPITULO VII

RECOMENDACIONES

- Se recomienda tener en cuenta un buen desarrollo de la historia clínica.
- Realizar exámenes auxiliares para obtener el diagnóstico definitivo.
- Analizar las radiografías panorámicas y laterales.

REFERENCIA BIBLIOGRÁFICA

1. Escudero R. Frecuencia de alteraciones verticales de la oclusión según sexo, maloclusión, tipo de dentición y edad, en pacientes pediátricos de la clínica estomatológica central de la Universidad Peruana Cayetano Heredia entre los años 1999 - 2003. Tesis para optar el título de Cirujano Dentista. Universidad Peruana Cayetano Heredia.
2. Rodríguez P, Estrada M, Meneses A. Tratamiento de la maloclusión clase III con protracción maxilar: Reporte de caso. Rev. Estomatol Herediana. 2017 Jul - Set; 27(3).
3. López C. Tratamiento ortodóncico de camuflaje en una maloclusión pseudoclase III con asimetría mandibular reporte de caso clínico. Tesis para optar el grado de especialista en ortodoncia. México : Universidad Nacional Autónoma de México ; 2013.
4. Patiño J. Prevalencia de maloclusiones dentarias en escolares de 12 años de la parroquia San Blas Cuenca año 2016. Trabajo de titulación previo a la obtención del título de odontólogo. Cuenca: Universidad Católica de Cuenca ; 2018.
5. Marañón G. Camuflaje ortodóncico de una maloclusión clase III severa con mordida abierta. Análisis retrospectivo del componente periodontal. Trabajo para optar el título de segunda especialidad profesional en ortodoncia y ortopedia maxilar. Lima : Universidad Nacional Mayor de San Marcos ; 2020.
6. III Mc. Jeannette Ramírez; Claudia Muñoz; Alicia Gallegos; Marco Rueda. Salud en trabasco. 2010 Mayo - Diciembre ; 16(2-3).

7. Talley M, Katagiri M, Pèrez H. Casuística de maloclusiones clase I, Clase II, Clase III segun Angle en el departaamento de ortodoncia de la UNAM. Revis. odonto. Mexi.. 2007; 11(4).
8. Loor L. Prevalencia de maloclusiones dentales en niños de 6 - 8 años de la escuela Apostol Santiago. Trabajo de graduacion previo a la obtencion del título de odontologa. Guayaquil : Universidad Catolica de Santiago de Guayaquil ; 2016.
9. Ramirez J, Muñoz C, Gallegos A, Rueda M. Maloclusion clase III. Salud en Tabasco. 2010 Mayo - Diciembre ; 16(2-3).