

29
120

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA
DE MEXICO

FACULTAD DE ODONTOLOGIA

SEMINARIO DE TITULACION
ODONTOPEDIATRIA

MALOCCLUSION CLASE III

TESINA
QUE PRESENTA

ESPINOSA CRUZ ANGELICA

DIRIGIO

Dra. MARISELA GARCIA

FALLA DE ORIGEN

1989



UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

INTRODUCCION

Este trabajo pretende realizar la importancia del crecimiento y tratamiento de las maloclusiones (Clase III) como uno de los problemas que generalmente se presentan en el consultorio dental, manifestandose tanto en niños, jóvenes y adultos . Es de tomar en cuenta y de gran importancia el control y tratamiento de este padecimiento, ya que este puede perdurar toda la vida del paciente si este no ha sido tratado por algunos de los métodos, ya sea ortopédico, ortodontico o quirúrgico.

El maxilar y la mandíbula probablemente juegan el papel más importante en la forma de la cara. Ambos tienen un tamaño y forma determinada para cada individuo, intimamente ligada a la forma de los procesos alveolares, pero desafortunadamente no siempre tienen una relación armoniosa.

Los maxilares superiores pueden estar hiperdesarrollados, produciendo una aparente retrusión de la mandíbula o bien pueden ser hipodesarrollados y estar colocados hacia atrás produciendo prognatismos o pseudopognatismos.

En la mandíbula tambien encontramos desarmonias tanto en forma como en tamaño, dandonos relaciones anormales mandibulares.

Cabe señalarse que este problema se presenta en la pubertad dando resultados positivos si se atienden en una edad temprana para impedir el crecimiento de la mandíbula.

Se hablará de los metodos para predecir el crecimiento de la mandíbula del paciente, citaremos el Chincap como método o aparato ortopédico para evitar la posible cirugía en el paciente.

Se trataran en este trabajo los efectos de la fuerza del Chincap en la sincronización y dimensión del crecimiento mandibular durante el periodo de la pubertad.

Si se relacionan correctamente los factores que intervienen en esta maloclusión, se podra obtener un equilibrio estructural, un eficiente funcionamiento y una armonia estética entre el maxilar y la mandíbula.

Por muy cooperativos que sean los pacientes con maloclusión Clase II, estos pueden ser tratados simplemente con métodos de ortodoncia, pero un paciente con maloclusión Clase III representa un mayor problema.

Para un mayor entendimiento, se hará una comparación para valorar el papel hereditario en el desarrollo de las maloclusiones Clase II y Clase III.

Se concluye que el papel hereditario debe ser tomado en consideración en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con esta clase de maloclusiones.

Investigadores han estudiado la morfología craneo facial con la esperanza de detectar factores genéticos, relacionados a la y establecer un criterio individual craneofacial.

Haciendo una comparación en los diagramas de el perfil, así como de las variables cefalométricas, se indica que los pacientes de Clase II, tienen un perfil convexo y un tipo de distoclusión dental, mientras que los pacientes con Clase III tienen un perfil concavo y un tipo de mesioclusión dental.

La confiabilidad para la predicción del crecimiento puede ser apoyada, cuando se toma en cuenta la morfología craneo facial de los padres.

Harris y Kowalsi, mantienen que un paciente con una maloclusión moderada de Clase III puede tener un desfavorable patrón de crecimiento cuando miembros de su familia tienen una severa maloclusión Clase III.

La separación de factores genéticos y ambientales en los rasgos morfológicos originados de la maloclusión Clase II y III

son significativos para la ortodoncia clínica dada la región afectada por estos mismos factores, que pueden ser mejorados por un tratamiento de ortodoncia.

Los resultados obtenidos fueron :

_ Los pacientes de Clase II, tienen un perfil convexo - con un tipo de distoclusión dental, los agentes post-natales - como por ejemplo, la forma de respirar, el chuparse el dedo, - y el estar constantemente chupando el labio y diferentes há - bitos de morder, pueden dar como resultado un sobrecrecimiento del maxilar.

_ Los pacientes de Clase III, tienen un perfil cóncavo - con un tipo de mesioclusión dental, las funciones anormales - resultan de la relación de una mordida cruzada anterior, inter - firiendo con el crecimiento normal de la mandíbula.

_ Las correlaciones entre padre e hijos, eran mayores en - cuanto al desarrollo del esqueleto en ambas clases y el patron del esqueleto era mucho más directamente relacionado con los - factores genéticos.

_ Los diferentes significados entre la Clase II y III, se dieron en cuatro variables (ánguloUNA, ángulo gonial, Ar-Go y el ángulo del piso nasal) y se consideraron como relacionadas con los factores ambientales.

Debería ser señalado, que todos los métodos para la predicción de crecimiento, deberían tener la necesidad de asumir las mismas tasas de crecimiento en todas las mandíbulas, sin tomar en cuenta los rasgos anatómicos.

La predicción de crecimiento siempre ha sido un elemento de controversia desde que Ricketts apoyó esta idea.

Ricketts, al principio involucra una adición de los incrementos iguales al ya existente patron facial, con excepción de una continuación del crecimiento sobre las direcciones existentes y el uso de estos incrementos que no varían de paciente a paciente.

Por lo tanto, si los pacientes fueran de la misma edad, sexo y raza una predicción de dos años requeriría que los mismos requerimientos fueran incrementados a la mandíbula y a la base del craneo para ambos pacientes.

De acuerdo con Johnson, este método no constituye una predicción, la predicción debería involucrar una predicción de un cambio de dirección o diferentes tasas de crecimiento para los pacientes que fuesen de la misma edad, sexo y raza basado sobre un conocimiento a un mayor, tal como una medida cefalométrica.

Incluido entre estos varios factores de los propuestos -- por Ricketts, el cual propuso un método basado en la teoría de el crecimiento de la mandíbula junto con un arco, lo cual está bastante de acuerdo con la teoría de Moss's de que el crecimiento mandibular va en una dirección espirallogentmica. La exactitud del método de Ricketts para predecir la forma y el -

ESTA TESIS NO DEBE
SALIR DE LA BIBLIOTECA

tamaño de la mandíbula, fue más tarde evaluada por Mitchel y - asociados.

Crecimiento en la clase III.

Schulhof y Bagha reportaron un primer ejemplo de un método de predicción que podría variar en la cantidad de crecimiento para el individuo. Compararon predicciones computarizadas -- de crecimiento con el desarrollo real en varios casos.

Estas predicciones computarizadas han sido utilizadas con algunas modificaciones, de acuerdo al patrón utilizado por -- Ricketts, permitiendo comparar estas predicciones para determinar una especie de grupo de valores alrededor de un tipo particular de paciente.

Las tres medidas más consistentes que se encontraron en -- este grupo de pacientes fueron : la posición incorrecta de la - rama, una colocación incorrecta del porion y una desviación de la base del craneo hacia abajo y hacia afuera y la tendencia - de los molares a tomar una Clase III. Estos modelos han tenido éxito para predecir la mayoría del crecimiento anormal en Clase III, sometidos al servicio de la computación como causas que - han tenido dificultad en el tratamiento.

Irie y Nakamura demostraron métodos de ortopedia facial, que podrian tratar problemas de la Clase III a una edad joven - sin necesidad de la intervención quirúrgica.

Ricketts, ha mostrado que en un paciente normal hay aproximadamente la misma cantidad de crecimiento en la base del craneo desde el basión al nasión como en el cuerpo axilar de la mandíbula.

Si el tratamiento fuera desempeñado en la Clase III y la - tasa de crecimiento normal fuera experimentada por el paciente el tratamiento tenderia a permanecer estable. Sin embargo, si - ocurriera un crecimiento en la mandíbula mayor que en la base - del craneo entonces, el tratamiento podria resultar totalmente - inestable y causaria una recaida.

Por lo cual es importante en la maloclusión Clase III el - tratamiento por ortopedia facial para determinar si el paciente podria ser tratado muy joven y esta determinación deberia estar basada en la predicción relativa del crecimiento del maxilar y la mandíbula.

Cuatro factores significativos han sido identificados en - la cefalometria lateral de la cabeza, los cuales podrian indicar la similitud en el paciente en crecimiento de manera anormal en la Clase III (estos factores son la desviación de los molares la posición de la rama y la localización del porion).

Esta información podria dar al clínico una visión de hasta donde los pacientes podran requerir de un tratamiento ortopédico temprano (Chincap) o un tratamiento ortodontico convencional - o una cirugia ortopedica para corregir el crecimiento una vez que se haya completado.

Crecimiento del prognatismo mandibular en la pubertad.

Los siguientes estudios tratan acerca de los cambios en el desarrollo de la cara, asociados con el prognatismo mandibular durante el periodo de la pubertad.

El prognatismo mandibular produce una displasia facial y un desarrollo desarmonico en la mandíbula, tanto en tamaño, forma y posición con respecto al maxilar.

Esto esta usualmente asociado con la convexidad del perfil de la cara, así como en la maloclusión Clase III.

En general el tratamiento es aprovechado en la aplicación de la fuerza ortopédica de la mandíbula durante el crecimiento.

Esta terapia intenta retardar y volver a dirigir el crecimiento de la mandíbula en orden para obtener una mejor relación anteroposterior entre las dos mandíbulas.

Aunque si bien, los efectos en la fuerza ortopédica en el crecimiento de la mandíbula tienden a mostrar a el clínico la necesidad de emplear la verificación y expansión de cuando, cuanto tiempo y en que dirección se deberá aplicar la fuerza.

El prognatismo es una condición relativa, porque la relación de la mandíbula y el maxilar no solo varia por la dimensión total de la mandíbula, sino también por la relación de el maxilar con la base de el craneo.

Por consiguiente se presentan diversos perfiles de el prognatismo dependiendo de la dimensión relativa en la posición de el maxilar y la mandíbula.

El propósito de este estudio fue determinar el verdadero funcionamiento del crecimiento del prognatismo mandibular.

Los efectos de la fuerza del Chincap en la sincronización y dimensión del crecimiento mandibular, estan asociados con la mordida cruzada anterior en la maloclusión (Clase III) durante el periodo de la pubertad.

La etapa del crecimiento en la pubertad fué primeramente evaluada por los cambios como resultado de la oscificación sin mayor estudio en los casos de incremento en la altura y posición de la mandíbula.

Los resultados indicaron que la fuerza aplicada en el Chincap dificilmente alteraron el diseño general del crecimiento mandibular en el tiempo de la pubertad.

El Chincap tiende a usarse en procedimientos interceptivos para la corrección de maloclusiones Clase III.

Esta terapia intente retardar o volver a dirigir el crecimiento de la mandíbula para obtener una mejor relación entre las dos mandíbulas.

La mayoría de los estudios en animales se apoyan en la capacidad de la fuerza del Chincap para alterar el diseño en el crecimiento de la mandíbula. Estos efectos en el crecimiento de la mandíbula humana clinicamente muestran resultados variables.

Particularmente en la pubertad, es común reconocer que es importante el crecimiento de la cara asi como en el esqueleto del cuerpo. Por lo tanto, es esencial conocer el crecimiento de cada fase de la mandíbula cuando la fuerza del Chincap es aplicada. De esta manera, los efectos de la fuerza del Chincap en el crecimiento de la mandíbula human deberian determinarse-

de acuerdo con las condiciones individuales de crecimiento y - una atención terapéutica que pueda influir en el crecimiento.

Estudios previos indicaron que la mayor parte de las características asociadas con adultos con maloclusión clase III, - anteriormente se presentaban en una edad temprana.

El presente estudio no intentó determinar exactamente el tiempo del crecimiento en la pubertad ni tampoco el funcionamiento del crecimiento mandibular. Parecería lógico asumir que ciertos efectos podrían ocurrir en las estructuras del crecimiento óseo cuando la fuerza del Chincap es aplicada en ellos.

Inconscientemente el comportamiento en los cambios de crecimiento ocurren en las personas durante el tratamiento terapéutico con el Chincap, pudiendo disudirse el uso de estas aplicaciones para la corrección del crecimiento en la maloclusión - Clase III en fiferantes rangos de estudio.

Atraves de las reacciones individuales las fuerzas del Chincap son diferentes en sus efectos para cada parámetro de crecimiento, donde la posibilidad de controlarlos no es necesariamente la misma. Es claro que la investigación es necesaria para ganar más práctica en el uso de el Chincap en el crecimiento de las maloclusiones Clase III, particularmente en la dentición permanente.

CONCLUSIONES.

- Se observó que la tendencia de la clase II ocurre en los caucásicos, porque su fosa craneal anterior es horizontalmente larga y estrecha.

- En estudios realizados, por ejemplo, se ha estimado que entre el I y 3 % de la población de Estados Unidos, tiende a relacionarse con la Clase III.

- Existe una mayor tendencia de maloclusiones Clase III en los orientales, quienes muestran una displasia braquiocefálica en su forma craneana. Esta tendencia étnica corresponde al Japón.

- Se concluye que el patrón hereditario debe ser tomado en cuenta en el diagnóstico y tratamiento de los pacientes con esta Clase de maloclusión.

- Haciendo una comparación entre la Clase II y la Clase III, se concluye que los pacientes presentan diversas características :

- Clase II : Presentan un perfil convexo, una distoclusión en el patrón dental y hábitos (forma de respirar, succión del dedo y el labio, síndrome de biberón y diferentes hábitos de morder) lo cual nos da un sobrecrecimiento en el maxilar.

- Clase III: Presentan un perfil cóncavo y una mesiooclusión en el patrón dental, las funciones anormales resultan de la relación de una mordida cruzada anterior interfiriendo con el crecimiento normal de la mandíbula.

- Los cambios en el incremento de tamaño obtenidos en el prognatismo mandibular, así como la retroposición de el maxilar mostraron una manera de aumento relativo similar al de la cara normal antes de la pubertad.

- Una vez establecida la relación en el crecimiento, dirección y velocidad del prognatismo mandibular con respecto al de la mandíbula normal, se concluye que estos cambios se establecen en una edad temprana (antes de la pubertad).

- Uno de los métodos interceptivos para la corrección de la maloclusiones Clase III, es el uso del Chincap. El uso de esta terapia intenta retrasar o volver a dirigir el crecimiento de la mandíbula para obtener una mejor relación anteroposterior entre las dos mandíbulas.

- La investigación es un punto importante para ganar más práctica en el curso del uso del Chincap, sobre todo en el crecimiento de la maloclusión Clase III, particularmente en la dentición permanente.

R E F E R E N C I A S .

- A class III Case --- but how Severe?
Brithsh Journal of Orthodontics, Vol 15, 1988

- Hereditary factor in the craniofacial morphology off
Angle's Class II y Class III malocclusions.

- Prediction of abnormal growth in Class III Malocclusions
American Journal of Orthodontics 71, 421- 430 1977

- Effects of Chincap force on the timing and amouth of mandibular
growth associated with anterios reversed occlusión (Class III)
malocclusion during puberty.

American Journal of Orthodontics and Dentofacial Orthopedics
90, 454 - 463 1986

- Prepubertal growth of mandibular prognathism.

American Journal of Orthodontics Soc 41: 656 - 664 1982