



Facultad de Ciencia de la Salud

Tema:

Tratamiento ortognático para corrección de clase III con ortodoncia pre y post quirúrgica.

Presentación de caso clínico.

Trabajo de Titulación para la obtención del título de Odontólogo.

Presentada por:

Karla Pérez Briel

Tutor:

Dr. Luis Alberto Vallejo Izquierdo

Cotutora:

Dra. Ana del Carmen Armas Vega

Quito, noviembre de 2024

Resumen

Objetivo: Exponer el caso clínico de una paciente con clase III de Angle esquelética donde se le realizó cirugía ortognática con apoyo ortodóntico pre y post quirúrgico para corregir su maloclusión. **Introducción:** La maloclusión es una complicación multifactorial de origen genético o ambiental definida como la alineación errónea de piezas dentales superiores e inferiores dando como resultado una adaptación incorrecta de las estructuras óseas entre el maxilar y mandíbula, obstaculizando la función masticatoria. **Descripción del caso clínico:** Descripción de caso clínico, paciente mestizo de sexo femenino, de 19 años de edad, llega a consulta, en la primera cita, se identificó clínicamente un prognatismo mandibular y una asimetría facial evidente en la paciente. **Resultado:** Posterior a un año de tratamiento ortodóntico postquirúrgico, se evidencian resultados clínicos significativos en la paciente, una Alineación y nivelación adecuada de las arcadas dentales, con una oclusión funcional. **Conclusión:** Este caso clínico demuestra la eficacia del enfoque integral en el manejo del prognatismo mandibular a través de un tratamiento ortodóntico y quirúrgico coordinado. Los resultados obtenidos tras un año de seguimiento evidencian una mejora significativa tanto en la oclusión dental como en la estética facial de la paciente.

Palabras claves: maloclusión, maloclusión de Angle Clase III y cirugía ortognática.

Declaración de Aceptación de Norma Ética y Derechos

El presente documento se ciñe a las normas éticas y reglamentarias de la Universidad Hemisferios. Así, declaro que lo contenido en este ha sido redactado con entera sujeción al respeto de los derechos de autor, citando adecuadamente las fuentes. Por tal motivo, autorizo a la Biblioteca a que haga pública su disponibilidad para lectura dentro de la institución, a la vez que autorizo el uso comercial de mi obra a la Universidad Hemisferios, siempre y cuando se me reconozca el cuarenta por ciento (40%) de los beneficios económicos resultantes de esta explotación.

Además, me comprometo a hacer constar, por todos los medios de publicación, difusión y distribución, que mi obra fue producida en el ámbito académico de la Universidad Hemisferios.

De comprobarse que no cumplí con las estipulaciones éticas, incurriendo en caso de plagio, me someto a las determinaciones que la propia Universidad plantee.

Firma del postulante

Karla Pérez Briel

C.I. 1758251654

Dedicatoria

Dedico este trabajo a Dios, a mi ángel de la guarda y a todos los Santos, por darme la fortaleza, sabiduría y paciencia en todo este largo camino. A mi familia por ser un gran apoyo emocional, moral y por siempre estar a mi lado. Agradezco a mis padres por los sacrificios que han hecho para que yo pudiera llegar hasta aquí, por su amor infinito, apoyo incondicional, dedicación y amor. A mi hermano por creer en mí, motivarme y ayudarme siempre. A mi cuñada por no ser solo familia si no que mi mejor amiga y compañera en este camino. A mi pareja por su comprensión, ayuda y motivación. A mi mejor amiga por las aventuras durante cada semestre, su compañía en momentos duros, las horas de estudio y por hacer este viaje más llevadero. A mi tutor por su guía conocimiento y paciencia. A mi señora Leily, que se ha convertido en familia y en un gran apoyo. Y a la Universidad por brindarme las oportunidades y los recursos para alcanzar mis metas académicas.

Índice

Resumen.....	2
Declaración de Aceptación de Norma Ética y Derechos	3
Dedicatoria.....	4
Índice.....	5
Índice de Ilustraciones	6
Tratamiento Ortognático para Corrección de Clase III con Ortodoncia Pre y Post Quirúrgica. Presentación de Caso Clínico.....	7
Resumen.....	7
Abstract.....	8
Introducción	9
Reporte de Caso Clínico	16
Resultados.....	20
Discusión.....	21
Conclusión	24
Referencias.....	25

Índice de Figuras

Figura 1:	16
Figura 2:	17
Figura 3:	17
Figura 4:	18
Figura 5:	18
Figura 6:	19
Figura 7:	20

Tratamiento Ortognático para Corrección de Clase III con Ortodoncia Pre y Post Quirúrgica. Presentación de Caso Clínico.

Autor: Karla Pérez Briel

Filiación académica: Universidad Hemisferios

Correo electrónico: kperezbriel@gmail.com

Resumen

Objetivo: Exponer el caso clínico de una paciente con clase III de Angle esquelética donde se le realizó cirugía ortognática con apoyo ortodóntico pre y post quirúrgico para corregir su maloclusión. **Introducción:** La maloclusión es una complicación multifactorial de origen genético o ambiental definida como la alineación errónea de piezas dentales superiores e inferiores dando como resultado una adaptación incorrecta de las estructuras óseas entre el maxilar y mandíbula, obstaculizando la función masticatoria. **Descripción del caso clínico:** Descripción de caso clínico, paciente mestizo de sexo femenino, de 19 años de edad, llega a consulta, en la primera cita, se identificó clínicamente un prognatismo mandibular y una asimetría facial evidente en la paciente. **Resultado:** Posterior a un año de tratamiento ortodóntico postquirúrgico, se evidencian resultados clínicos significativos en la paciente, una Alineación y nivelación adecuada de las arcadas dentales, con una oclusión funcional. **Conclusión:** Este caso clínico demuestra la eficacia del enfoque integral en el manejo del prognatismo mandibular a través de un tratamiento ortodóntico y quirúrgico coordinado. Los resultados obtenidos tras un año de seguimiento evidencian una mejora significativa tanto en la oclusión dental como en la estética facial de la paciente.

Palabras claves: maloclusión, maloclusión de Angle Clase III y cirugía ortognática.

Abstract

Objective: To present the clinical case of a patient with skeletal Angle class III where orthognathic surgery was performed with pre- and post-surgical orthodontic support to correct her malocclusion.

Introduction: Malocclusion is a multifactorial complication of genetic or environmental origin defined as the erroneous alignment of upper and lower teeth resulting in an incorrect adaptation of the bone structures between the maxilla and mandible, hindering chewing function. **Materials and**

methods: Description of a clinical case, a mixed-race female patient, 19 years old, came to the consultation. At the first appointment, a mandibular prognathism and an evident facial asymmetry were clinically identified in the patient. **Result:** After one year of post-surgical orthodontic

treatment, significant clinical results are evident in the patient, correct alignment and leveling of the dental arches with a notable functional occlusion. **Conclusion:** This clinical case demonstrates the effectiveness of the comprehensive approach in the management of mandibular prognathism through coordinated orthodontic and surgical treatment. The results obtained after a year of follow-up show a significant improvement in both the dental occlusion and the patient's facial aesthetics.

Keywords: malocclusion, Angle Class III malocclusion and orthognathic surgery.

Introducción

La maloclusión es una complicación multifactorial de origen genético o ambiental definida como la alineación errónea de piezas dentales superiores e inferiores dando como resultado una adaptación incorrecta de las estructuras óseas entre el maxilar y mandíbula, obstaculizando la función masticatoria. (Mollo Chumacero & Uzqueda Vargas, 2018) La maloclusión puede ser dividida en tres clases I, II y III según Angle, en esta investigación presentaremos un caso clínico de una paciente con clase III, esta clase se caracteriza por ser un fenotipo dental y facial diverso que se distingue por el crecimiento exagerado de la mandíbula, un insuficiente crecimiento maxilar o una mezcla de ambos. (Rodríguez Riquelme y otros, 2017) Existirá una alteración en la correlación sagital de los maxilares debido a una retrusión maxilar Prognatismo mandibular con múltiples causas, derivado de la interacción entre factores genéticos y ambientales.

En el ámbito odontológico las maloclusiones clase III se estiman entre los casos más difíciles de solucionar por lo que es fundamental una temprana intervención para lograr una la normal relación entre ambos maxilares. (Alzate y otros, 2021) En caso de que una maloclusión clase III esquelética se requiere de un tratamiento ortodóntico y quirúrgico para su modificación, la mayoría de pacientes con clase III presentan discrepancias esqueléticas que necesitan cirugía ortognática mandibular, maxilar o bimaxilar con el apoyo de un tratamiento ortodóntico y así lograr normalizar el perfil facial, mejorar la oclusión y la correcta función de mandíbula y maxila. La combinación de estos dos campos odontológicos es la perfecta opción para la corrección de la clase III esquelética de Angle ya que dará como resultado la corrección de problemas dentales y esqueléticos presentes en el paciente mejorando tanto tejidos blandos, oclusión y la mejora de la calidad de vida del mismo. (Núñez Marbán y otros, 2015) Estas

maloclusiones causan una desarmonía facial por lo que la mejora de la apariencia se vuelve uno de los objetivos principales del tratamiento y es evidente que la mejora de maxilares y dientes vaya acompañada de la ética facial, por lo que es importante que el paciente reciba asesoramiento y apoyo. (Vázquez Valencia y otros, 2016)

Angle en 1890 caracterizó a las maloclusiones dentales en tres tipos sustentándose en las relaciones oclusales de los primeros molares, donde determinó que a la clase III se le identificará por la posición mesialisada del molar inferior en relación con el molar superior y la línea de oclusión sin especificar. (Avalos González & Paz Cristóbal, 2014). Hogeman y Sanborn diferenciaron en cuatro grupos a la maloclusión clase III: 1) maxilar normal con mandíbula en protrusión, 2) maxilar en retrusión con mandíbula norma, 3) maxilar y mandíbulas normales, y 4) maxilar en retrusión con mandíbula en protrusión. (Avalos González & Paz Cristóbal, 2014) La clase III de Angle se clasifica en dental por una retrusión dental en maxila y una protrusión dental en mandíbula; y en esquelética por una carencia de maxilar, una desproporción mandibular o la combinación de ambos. (Horta Sánchez & Parés Vidrio, 2020)

Es la relación estática entre los caninos superiores e inferiores cuando los dientes están en oclusión. Se dividen en Clase I: cuando la cúspide del canino superior se encuentra entre el canino inferior y el primer premolar inferior; clase II: cuando la cúspide del canino superior ocluye de manera anterior del canino y primer premolar mandibular; y clase III: Cuando el canino superior se encuentra posterior del canino y primer premolar inferior. (Rojas Paredes & González, 2020)

El ortodoncista Lawrence F. Andrews publicó en septiembre de 1972 en la Revista Americana de Ortodoncia: "The six keys to normal occlusion" donde describió las 6 llaves de la

oclusión a partir de los estudios de Angle como parámetros para definir los criterios de una oclusión normal. La primera, es la relación molar: la cúspide mesiovestibular del primer molar superior ocluye el surco del primer molar inferior permanente; segundo, la angulación mesio-distal de la corona: las piezas dentales deben estar inclinadas adecuadamente en su eje mesiodistal que este sería el ángulo creado entre el eje longitudinal de la corona y una línea que es perpendicular al plano oclusal partiendo de una referencia a 90°; tercero, la inclinación de la corona: las piezas dentales deben tener una inclinación vestibulo-palatina o vestibulo-lingual adecuada en contacto con su antagonista; cuarto, no rotaciones: las piezas debe estar libres de rotaciones, ya que las rotaciones dentales afectan la estabilidad de la oclusión, las no rotaciones ayudan al empleo adecuado del espacio en el arco dental individual limitando el contacto dental proximal correcto; quinto, puntos de contacto: todos los órganos dentales no deben tener espacios y con sus puntos de contactos; y sexto, plano de oclusión: la curva de Spee que sería la curva ascendente de piezas dentales inferiores de canino hasta molares debe ser lo más plana posible, presentando así un plano oclusal plano. (Andrews, 1972)

Las maloclusiones son afectadas por diversas causas, incluyendo alteraciones en el desarrollo embrionario, que en su mayoría son determinadas por factores genéticos, mientras que otros son el resultado de influencias ambientales. Existe una gran incidencia de la herencia familiar sobre los rasgos faciales tal como, el perfil mandibular y sonrisa. Asimismo, se identifican las influencias ambientales que se manifiestan a lo largo del desarrollo y crecimiento de cara, maxilares y piezas dentales. La función masticatoria también afectara notablemente el desarrollo dentofacial de dos modos: un uso de maxilares con mayor fuerza extendida sería capaz de aumentar el tamaño de los maxilares y arcos dentofaciales; o una reducida aplicación de la mandíbula puede resultar en arcos dentofaciales poco desarrollados. Por último, tendríamos los

hábitos, la gran mayoría de los niños tienen malos hábitos de succión como el pulgar o chupetes, y la persistencia de estos durante la erupción dental puede generar maloclusiones. (Proffit, Fields, Sarver, & Ackerman, 2014)

Podemos diferenciar esta maloclusión en tres: Clase III verdadera, falsa y mordida cruzada. La verdadera: se caracteriza por manifestar prognatismo mandibular, relación molar de clase III y mordida cruzada anterior, va existir una hiperplasia mandibular o hipoplasia maxilar con una base de cráneo limitada. La falsa: corresponde a anomalías dentales. La mordida cruzada: esta se limita a la región anterior de la mordida donde los incisivos superiores estarán giro versionados hacia lingual en relación a los incisivos inferiores. (Palczikowski & Collante de Benitez, 2016)

Para realizar un diagnóstico de clase III de Angle realizaremos un examen clínico extra oral, donde se observará a la curva de Arnett plana o convoca, el labio superior se muestra corto en la mayoría de casos y el mentón sobresaliente; en cuanto al examen intraoral el molar inferior estará situado mesialmente en relación con el molar superior. (Palczikowski & Collante de Benitez, 2016)

El crecimiento y desarrollo de maxilar y mandíbula son importantes para proporcionar un correcto equilibrio funcional y estructural craneofacial, y su afección ocasiona maloclusiones, y la clase III es la más complicada en cuanto a diagnóstico y tratamiento ya que puede presentar combinaciones dentales y esqueléticas. El prognatismo mandibular sería una de estas anomalías definido como el crecimiento excesivo de la mandíbula, continuado por retrognatismo mandibular, hipoplasia maxilar y la combinación de estos, y como ultimo también la laterognasia mandibular que causara la asimetría facial. (De Loera Rodríguez, y otros, 2019)

Es fundamental el análisis cefalométrico para confirmar el diagnóstico de una maloclusión clase III. En pacientes con Clase III esquelética, pueden ser variables las combinaciones de crecimiento maxilar insuficiente y exceso de crecimiento mandibular. (Gualán Cartuche y otros, 2015) Mientras que clase III dental sería aquella donde existe mordida forzada con desplazamiento anterior. (Avalos González & Paz Cristóbal, 2014) La cefalometría tiene como objetivo el análisis de las relaciones horizontales y verticales del cráneo, la base craneal, el hueso maxilar, la dentición y los procesos alveolares superiores, mandíbula ósea, dentición y los procesos alveolares inferiores, medirá los valores angulares y lineales necesarios para lograr una correcta caracterización del patrón craneofacial y así lograr un plan de tratamiento y su éxito. El estudio cefalométrico será fundamental para el diagnóstico de anomalías dentales, fáciles y esqueléticas. (Barahona Cubillo & Benavides Smith, 2006)

Las opciones de tratamiento variarán según la edad y del tipo de maloclusión, la clase III dental pueden ser abordadas en cualquier momento de la vida del paciente y será de carácter ortodóntico, mientras que la clase III esquelética debe ser abordada de manera quirúrgica mediante la extracción de piezas dentales y/o cirugía ortognática, la elección estará determinada por la dificultad de la maloclusión. (Avalos González & Paz Cristóbal, 2014)

Entre otros procedimientos complementarios o como alternativa de la cirugía ortognática para perfeccionar el contorno de los tejidos blandos se encuentra el camuflaje, sin una intervención quirúrgica el movimiento dental no va a rectificar una maloclusión esquelética pero el camuflaje ortodóntico dará como resultado la eliminación de la discrepancia intermaxilar existente en el paciente mediante la extracción de piezas dentales, sin embargo no es una opción de tratamiento viable en mal oclusiones clase III ya que no existirá un cambio esquelético debido

a que la retracción de los dientes inferiores suele realzar la prominencia de la mandíbula. (Proffit, Fields, Sarver, & Ackerman, 2014)

El tratamiento establecido como una intervención estándar ideal para solucionar estas malformaciones de origen esquelético es el tratamiento de cirugía ortognática apoyado con ortodoncia pre y post quirúrgica, para así llegar a una armonización facial, equilibrio oclusal, mejorando la masticación, fonación y respiración. (Orozco, et al., 2021, p.2) Para aumentar el plano mandibular se puede retraer o protruir a la mandíbula, rotarla o desplazarla en sentido anteroinferior sin intervenir hasta que el crecimiento excesivo haya concluido. Actualmente se emplea la osteotomía de división sagital para la mayoría de las cirugías mandibulares logrando estos resultados y teniendo gran compatibilidad con la fijación intraoral rígida y así no sería necesario inmovilizar al maxilar inferior durante el proceso de cicatrización dando como resultado menores problemas de cicatrización y una excelente estabilidad posquirúrgica. (Proffit, Fields, Sarver, & Ackerman, 2014)

Con la combinación de ortodoncia y cirugía ortognática queremos alcanzar el movimiento dental esencial para la preparación de la intervención quirúrgica, crear un equilibrio entre dientes y hueso basal pre y post quirúrgico y facilitar el movimiento de piezas dentales después de la cirugía que será fundamental para conservar las modificaciones conseguidas con el procedimiento quirúrgico. Durante el tratamiento ortodóntico prequirúrgico acondicionaremos al paciente colocando sus dientes en posición relativa al hueso de soporte y nivelación de arcadas dentales, este no debe prolongarse más de un año ya que puede afectar la salud mental del paciente. Luego de lograr la estabilidad y movimientos apropiados, se puede comenzar con las últimas etapas de la ortodoncia. (Proffit, Fields, Sarver, & Ackerman, 2014)

Por la complejidad en el tratamiento de estos pacientes y la necesidad de sistematizar el conocimiento acerca de los mismos en los profesionales de la odontología se impone socializar las experiencias en el campo de la cirugía ortognática. Frente a lo expuesto este estudio pretende exponer el caso clínico de una paciente de 19 años diagnosticada con clase III de Angle esquelética que acudió a la consulta odontológica a recibir atención y una solución a su maloclusión.

Reporte de Caso Clínico

Descripción de caso clínico, paciente mestizo de sexo femenino, de 19 años de edad, llega a consulta, en la primera cita, se identificó clínicamente un prognatismo mandibular y una asimetría facial evidente en la paciente. Para confirmar y complementar el diagnóstico, se solicitaron estudios de imagen, consistentes en una radiografía panorámica, un análisis cefalométrico y una serie de fotografías intraorales y extraorales.

Figura 1:

Fotografías extraorales A: Lateral derecho B: Frontal C: Tercio medio y tercio inferior D: Lateral Izquierdo



El diagnóstico fue de clase III esquelética, basado en un análisis cefalométrico que reveló una discrepancia anteroposterior entre el maxilar superior y la mandíbula, con un adelantamiento mandibular significativo. Asimismo, mediante la radiografía panorámica se confirmó la presencia de una laterognasia mandibular hacia el lado derecho, responsable de la asimetría facial marcada en la paciente. Estos hallazgos fueron determinantes para planificar el abordaje ortodóncico y quirúrgico adecuado. Se empleó un flujo digital para el diagnóstico y la

planificación del tratamiento, lo cual incluyó la integración de escaneos intraorales, y análisis cefalométricos digitales. Esta tecnología permitió una evaluación tridimensional precisa de las estructuras óseas y dentales, facilitando un diagnóstico más detallado y la simulación del plan quirúrgico y ortodóntico, asegurando una mayor predictibilidad en los resultados clínicos.

Figura 2:

Fotografías intraorales



Figura 3:

Fotografías intraorales A: Oclusión Vista lateral derecha B: Oclusión Vista lateral izquierda C: Oclusión vista frontal

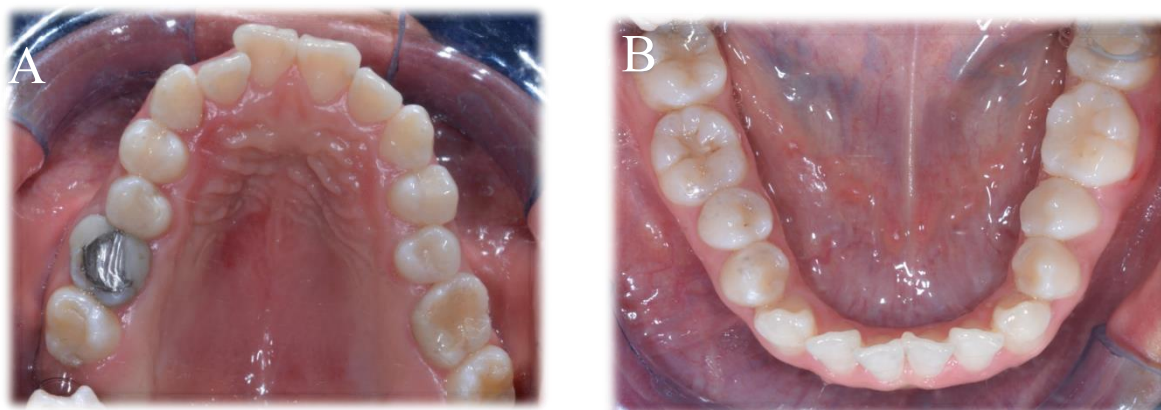
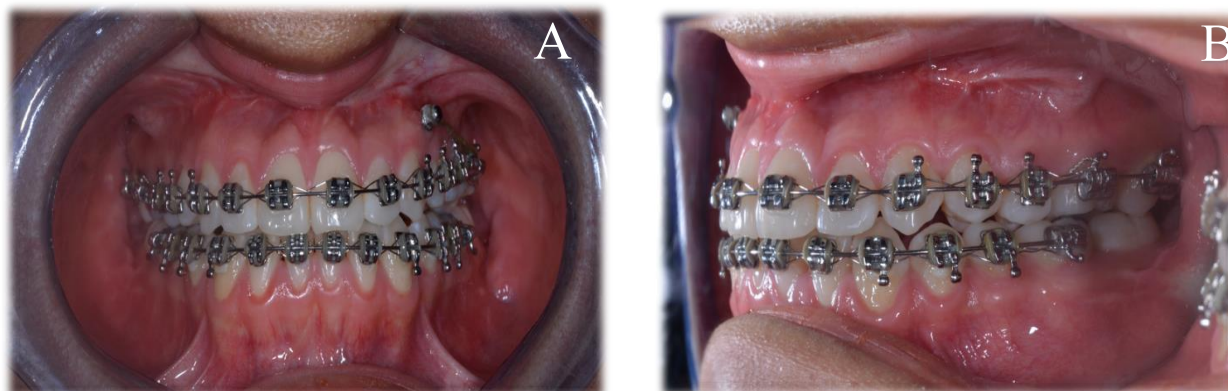


Figura 4:

Fotografías intraorales A: Maxilar superior B: Maxilar inferior

Se instaló aparatología fija prequirúrgica como parte del tratamiento ortodóntico preparatorio para la cirugía ortognática. Este paso es esencial para alinear y nivelar las arcadas dentarias, permitiendo que los dientes y las estructuras óseas estén en la posición óptima al momento de la intervención quirúrgica, lo que facilita una correcta oclusión postoperatoria.

**Figura 5:**

Fotografías intraorales post colocación de tratamiento ortodónticos A: Oclusión vista frontal B: Oclusión vista lateral izquierda

Se llevó a cabo la cirugía ortognática para la corrección del prognatismo mandibular mediante una osteotomía sagital bilateral de la rama mandibular. Durante el procedimiento, se reposicionaron los segmentos mandibulares desplazados hacia una relación adecuada con el maxilar superior, buscando una mejora tanto funcional como estética. La fijación ósea se realizó utilizando placas y tornillos de titanio, los cuales proporcionan estabilidad posoperatoria y permiten una adecuada consolidación ósea en la nueva posición mandibular.

Figura 6:

Fotografías extraorales post quirúrgicas A: Lateral derecho B: Frontal C: Tercio medio y tercio inferior D: Lateral izquierdo



La paciente se encuentra en fase de tratamiento ortodóntico postquirúrgico, cuyo objetivo es finalizar la alineación y oclusión dental, asegurando una correcta interdigitación entre las arcadas dentarias. Este tratamiento busca estabilizar la posición de los dientes y optimizar los resultados obtenidos tras la cirugía ortognática, favoreciendo la consolidación ósea y garantizando una función masticatoria adecuada, así como la armonía facial a largo plazo.

Resultados

Posterior a un año de tratamiento ortodóntico postquirúrgico, se evidencian resultados clínicos significativos en la paciente, una correcta alineación y nivelación de las arcadas dentarias con una notable oclusión funcional. La relación molar y canina se ha estabilizado, alcanzando un equilibrio oclusal contribuyendo a la funcionalidad masticatoria. Una mejora notable de la asimetría facial disminuyendo considerablemente, reflejando una armonía facial mejorada, gracias a la corrección del prognatismo mandibular y la reposición ósea lograda con la cirugía ortognática. La paciente reporto una notable mejora en la función masticatoria y en la estética facial, lo que ha contribuido a su calidad de vida.

Figura 7:

Fotografías postoperatorias luego de 1 año de haber comenzado el tratamiento. A: Lateral derecho B: Frontal C: Tercio medio y tercio inferior D: Lateral Izquierdo



Discusión

La clase III de Angle es la menos prevalente las maloclusiones descritas por Angle, existe una variedad dependiendo del grupo racial y étnico. (Horta Sánchez & Parés Vidrio, 2020). La mayoría de estos pacientes son candidatos para realizarse una cirugía ortognática que brindara los mejores resultados funcionales y estéticos. Es importante que los pacientes con esta maloclusión comiencen con tratamiento ortodóntico pre y post quirúrgico porque la combinación de ortodoncia y cirugía maxilofacial produce resultados positivos. (Huizar González y otros, 2017)

La corrección de la maloclusión clase III es particularmente complicada, especialmente al utilizar únicamente métodos ortodónticos. Se considera que el tratamiento es exitoso cuando se consigue la inclinación hacia adelante de los incisivos superiores, la retracción de los incisivos inferiores y una rotación de la mandíbula hacia abajo y hacia atrás. Mantener o mejorar el perfil facial, así como asegurar un buen funcionamiento, son factores clave a tener en cuenta al decidir entre un enfoque quirúrgico o uno no quirúrgico para el tratamiento. (Gualán Cartuche y otros, 2015)

Las opciones de tratamiento serán en función de la edad biológica del paciente y del tipo de maloclusión existente. Es fundamental establecer el momento adecuado para abordar una maloclusión clase III, ya que el enfoque terapéutico varía según la edad del paciente y la gravedad de la maloclusión. Se requiere un diagnóstico y un plan de tratamiento personalizados. (Ubilla Mazzini y otros, 2024)

La extracción de piezas dentales como parte del tratamiento ortodóntico es una decisión propia de cada profesional, pero en cada caso será importante realizar un buen diagnóstico

tomando en cuenta el tipo de maloclusión, estética, perfil de tejidos blandos, función oclusal, articular y estabilidad a largo plazo serán la base para un tratamiento adecuado y la elección de la terapia de extracción quirúrgica. (Vidal Dávila y otros, 2020)

El camuflaje sería una opción de tratamiento en clase III dentales o esqueléticas leves, donde los pacientes manifestando una alineación dental proporcionada y que no presentan alteraciones en los planos vertical o transversal, el camuflaje ortodóncico mediante extracciones dentales se puede llegar a excelentes resultados, pero los resultados estéticos no serán los convenientes y las alineaciones inestables. (Mary Mora, 2015)

El tratamiento ortodóncico-quirúrgico para corregir anomalías dentomaxilofaciales, como la clase III de Angle, producirá una modificación integral en las estructuras anatómicas del sistema orofacial con la corrección del prognatismo mandibular y la desviación facial, la mordida y mejoría notable de estética y función dental, siendo el tratamiento ideal para este tipo de maloclusiones. (Ubilla Mazzini y otros, 2017)

La maloclusión clase III resulta ser no solo un problema funcional sino también estético donde las extracciones como parte de un tratamiento camuflaje no darán un resultado satisfactorio para el paciente, pero la cirugía ortognática por otro lado si corrige el hueso y con apoyo de ortodoncia pre y posquirúrgica será una solución completa, esta intervención si es más traumática, pero con mejores resultados. Proffit y colaboradores en su libro ‘‘Ortodoncia contemporánea’’, hablan sobre diferentes alternativas para las maloclusiones pero que la clase III siempre tendrá un mejor resultado facial y funcional con apoyo de la cirugía ortognática, y este caso es la prueba de que, aunque es un proceso largo lleva a un cambio radical en la vida y aspecto del paciente. (Proffit, Fields, Sarver, & Ackerman, 2014)

Existirá un cambio no solo estético y funcional, sino que también psicológico sobre todo en mujeres ya que cuando ven los resultados post quirúrgicos y la mejora en su perfil facial, sonrisa y función masticatoria se sienten bien consigo mismas y los resultados del tratamiento. Siempre es importante ante este tipo de casos el correcto llenado de la historia clínica, evaluación clínica completa que se lograra con estudios cefalométricos, fotográficos y modelos de estudios así llegar a un correcto diagnóstico y un satisfactorio tratamiento. (González López y otros, 2014)

Como odontólogos, es fundamental diseñar un plan de tratamiento óptimo que garantice los mejores resultados. La combinación de cirugía ortognática y ortodoncia es el enfoque ideal para pacientes con clase III esquelética; sin embargo, el periodo postoperatorio puede ser bastante traumático. Por lo tanto, sería ideal identificar estas maloclusiones en etapas tempranas, lo que permitiría la implementación de métodos aparatológicos menos invasivos y con menor impacto en el paciente.

Conclusión

Este caso clínico demuestra la eficacia del enfoque integral en el manejo del prognatismo mandibular a través de un tratamiento ortodóntico y quirúrgico coordinado. Los resultados obtenidos tras un año de seguimiento evidencian una mejora significativa tanto en la oclusión dental como en la estética facial de la paciente.

Referencias

- Alzate, J., Álvarez, E., & Botero, P. (10 de 02 de 2021). Tratamiento Temprano de la Maloclusión Clase III con aparatología Ortopédica: Reporte de caso con 7 años de control. *Revista de Odontopediatria Latinoamericana*, 4(1), 95-109. Obtenido de <https://revistaodontopediatria.org/index.php/alop/article/view/36/207>
- Andrews, L. F. (1972). Las seis claves para una oclusión normal. *Revista Americana de Ortodoncia*, 62(3), 296-309. Obtenido de <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0002941672902680?via%3Dihub>
- Avalos González, G. M., & Paz Cristóbal, A. N. (2014). Maloclusión Clase III. *Rev Tamé*, 3(8), 279-282. Obtenido de https://www.uan.edu.mx/d/a/publicaciones/revista_tame/numero_8/Tam148-7.pdf
- Barahona Cubillo, J., & Benavides Smith, J. (2006). Principales análisis cefalométricos utilizados para el diagnóstico ortodóntico. *Revista Científica Odontológica*, 2(1), 11-27. Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/3242/324227905005.pdf>
- De Loera Rodríguez, D. N., Bautista González, J. G., Ávila Santacruz, S., Rodríguez-Chávez, J. A., Paz Cristóbal, A. N., & Meléndez Ruiz, J. L. (2019). Tratamiento ortoquirúrgico de una clase III esquelética con laterognasia: reporte de caso clínico. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 7(4), 214-223. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo-2019/mo194e.pdf>
- González López, R., Cruz Paz, S., & Suverza Velázquez, S. (2014). Corrección de una maloclusión clase III con ortodoncia prequirúrgica y osteotomía oblicua de la rama. Reporte de un caso. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 2(2), 122-129. Obtenido de

<https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-ortodoncia-126-articulo-correccion-una-malocclusion-clase-iii-S2395921516300253>

Gualán Cartuche, L. P., Sigüencia Cruz, V., & Bravo Calderón, M. E. (2015). Malocclusion de clase III, tratamiento ortodóncico. Revisión de la literatura. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*. Obtenido de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2015/art-4/>

Horta Sánchez, C. M., & Parés Vidrio, F. (2020). Manejo ortodóncico de la clase III: presentación de un caso clínico. *Revista ADM*, 77(1), 41-45. Obtenido de <https://docs.bvsalud.org/biblioref/2020/04/1088066/admod201h.pdf>

Huízar González, I. G., García López, E., Orozco Partida, J., & Ramírez Aguila, M. (2017). Manejo ortoquirúrgico de un paciente clase III esquelético con laterognasia. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 5(2), 100-106. Obtenido de <https://www.medigraphic.com/pdfs/ortodoncia/mo-2017/mo172f.pdf>

Mary Mora, R. P. (2015). Alteración dentofacial clase III tratado con camuflaje: Reporte de caso clínico. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 3(1), 62-69. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-ortodoncia-126-articulo-alteracion-dentofacial-clase-iii-tratado-S2395921516000180>

Mollo Chumacero, N., & Uzqueda Vargas, J. (06 de 2018). Maloclusiones de clase I, II, III con sus biotipos fáciles basados a las historias clínicas de la materia de ortodoncia, datos parcial. *Odontología Actual*, 3(4), 17-26. Obtenido de <https://dicyt.uajms.edu.bo/revistas/index.php/odontologia/article/view/919/921>

- Núñez Marbán, F. A., Gómez Arena, A., Ramírez Lugo, R., & Jiménez Sánchez, N. E. (2015). Corrección ortodóncica-quirúrgica de una maloclusión clase III. Cirugía ortognática triple: presentación de caso clínico. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 3(4), 257-265. Obtenido de <https://www.elsevier.es/es-revista-revista-mexicana-ortodoncia-126-articulo-correccion-ortodoncica-quirurgica-una-maloclusion-clase-S2395921516300484>
- Palczikowski, L. Y., & Collante de Benitez, C. I. (2016). Diagnóstico de Clase III: Identificación del patrón esquelético. *Revista Facultad de Odontología*, VI(1). Obtenido de <https://revistas.unne.edu.ar/index.php/rfo/article/view/1599>
- Proffit, W. R., Fields, H. W., Sarver, D. M., & Ackerman, J. L. (2014). *Ortodoncia Contemporánea*. Barcelona: Elsevier España, S.L.
- Rodríguez Riquelme, P. E., Estrada Vitorino, M. A., & Meneses López, A. (Julio de 2017). Tratamiento de la maloclusión Clase III con protracción maxilar: Reporte de Caso. *Revista Estomatologica Herediana*, 27(3), 180-190. Obtenido de http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1019-43552017000300007
- Rojas Paredes, L. V., & González, C. E. (2020). Características oclusales estáticas y dinámicas de los estudiantes de la cátedra de oclusión dental. *Revista de Ciencia y Tecnología*(33), 116–123. Recuperado el 30 de 06 de 2024, de https://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1851-75872020000100015
- Ubilla Mazzini, W., Apolo Morán, J., Pazmiño Rodríguez, E., & Arroyo Apolo, D. (2024). Maloclusión Clase III: Opciones de tratamiento para mejorar la estética y función del paciente. *Revista Científica UOD*, 12(1). Obtenido de

<https://revistacientificauod.wordpress.com/wp-content/uploads/2024/06/revision-ubilla-apolo-pazmino-arroyo.pdf>

Ubilla Mazzini, W., Sánchez Laguna, M., Mazzini Torres, F., & Moreira Campuzano, T. (2017). Tratamiento con cirugía ortognática en paciente clase III esquelética con latero desviación mandibular izquierda. Reporte de caso. *ODOVTOS-International Journal of Dental Sciences*, 19(2), 15-24. Obtenido de <https://www.scielo.sa.cr/pdf/odovtos/v19n2/2215-3411-odovtos-19-02-00015.pdf>

Vázquez Valencia, A., Meza Lora, D., Flores Salas, J. E., Abitia Hawley, D., Hernández Rivas, M. I., & Rodríguez Chávez, J. A. (2016). Corrección de maloclusión clase III mediante tratamiento orto-quirúrgico. *Revista Mexicana de Ortodoncia*, 4(4), 246-259. Obtenido de <https://pdf.sciencedirectassets.com/314571/1-s2.0-S2395921516X00098/1-s2.0-S2395921517300077/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEGUaCXVzLWVhc3QtMSJHMEUCIHfOHHcKoyYjS%2FOB3E6cyB4XLizDm5aZQrRUHp6JLIkgAiEAkDvR6vbJQSjZnpmWrAq7iECOKHeGcq%2FH%2BvgYqT>

Vidal Dávila, T. A., Avila Carrasco, J. M., & Barzallo Sardi, V. (2020). Extracciones en ortodoncia. Revisión bibliográfica. *Revista Latinoamericana de ortodoncia y odontopediatría*. Obtenido de <https://www.ortodoncia.ws/publicaciones/2020/art-31/>