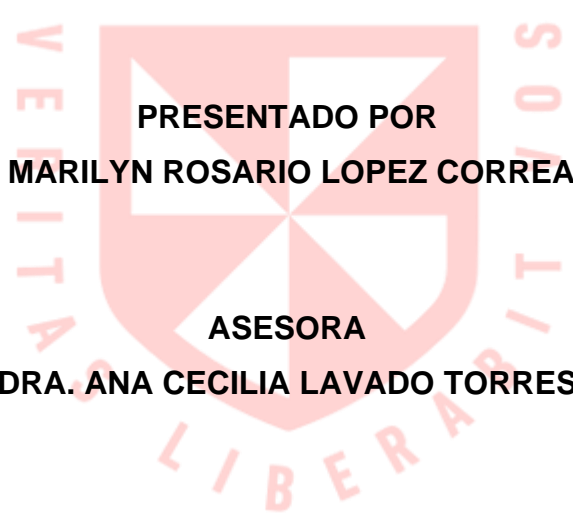


FACULTAD DE ODONTOLOGÍA
UNIDAD DE POSGRADO

**TRATAMIENTO ORTODÓNTICO-QUIRÚRGICO DE UNA
MALOCLUSIÓN CLASE III ESQUELÉTICA POR
RETRUSIÓN MAXILAR Y PROTRUSIÓN MANDIBULAR.
REPORTE DE CASO**

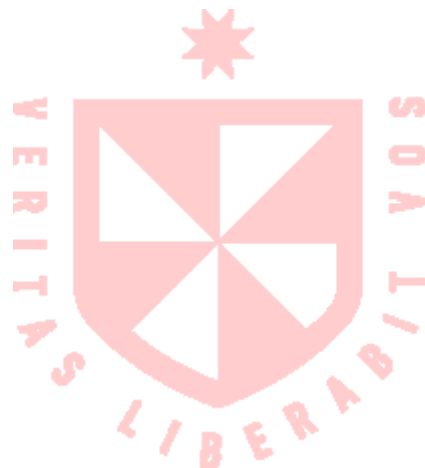


**PRESENTADO POR
MARILYN ROSARIO LOPEZ CORREA**

**ASESORA
DRA. ANA CECILIA LAVADO TORRES**

**TRABAJO ACADÉMICO
PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE
SEGUNDA ESPECIALIDAD EN ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR**

**LIMA, PERÚ
2024**



CC BY-NC-ND

Reconocimiento – No comercial – Sin obra derivada

El autor sólo permite que se pueda descargar esta obra y compartirla con otras personas, siempre que se reconozca su autoría, pero no se puede cambiar de ninguna manera ni se puede utilizar comercialmente.

<http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/>



USMP
UNIVERSIDAD DE
SAN MARTÍN DE PORRES

Facultad de
Odontología

FACULTAD DE ODONTOLOGÍA

UNIDAD DE POSGRADO

**TRATAMIENTO ORTODÓNTICO-QUIRÚRGICO DE UNA
MALOCLUSIÓN CLASE III ESQUELÉTICA POR RETRUSIÓN
MAXILAR Y PROTRUSIÓN MANDIBULAR. REPORTE DE CASO**

TRABAJO ACADÉMICO

PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:
ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR

PRESENTADO POR

CD. MARILYN ROSARIO LOPEZ CORREA

ASESORA

DRA. ANA CECILIA LAVADO TORRES

LIMA – PERÚ

2024

RESUMEN

El presente trabajo académico describe el caso clínico de un paciente de 20 años de edad, atendido en el Centro Odontológico de la Universidad de San Martín de Porres, en el área de la Especialidad de Ortodoncia y Ortopedia Maxilofacial, durante el periodo mayo 2015 – noviembre 2017, cuyo motivo de consulta fue: “no me gusta cómo muerdo”. Al análisis clínico se observó un paciente de perfil recto, dolicofacial, asimétrico, un tercio inferior aumentado, labio inferior protruido. Presentó una maloclusión clase III esquelética (ANB, -2°) con relaciones molares y caninas bilaterales de clase III, un overjet (-2mm) y un overbite de 3.5mm .

El paciente aceptó un tratamiento multidisciplinario ortodóntico-quirúrgico, que consta de tres fases: etapa ortodóntica pre-quirúrgica (descompensación de la maloclusión cuya duración fue un año), etapa quirúrgica (se realizó la cirugía, en el maxilar superior Lefort 1, en el maxilar inferior sagital de rama, rotación mandibular y una condilectomía izquierda), etapa ortodóntica post-quirúrgica intercuspidadación y detallado. Al finalizar el tratamiento, el paciente presentó un cambio favorable en los tejidos blandos, simetría facial, sonrisa consonante, labios superiores e inferiores en correcta posición con respecto a la línea estética de Ricketts, patrón esquelético clase I (ANB, 1mm), una oclusión mutuamente compartida, estable, sin interferencias oclusales a los movimientos mandibulares, relaciones caninas y molares bilaterales clase I, overjet y overbite adecuado ($+2\text{mm}$), logrando cumplir con los objetivos del tratamiento y expectativas del paciente. El tiempo total de tratamiento fue de 30 meses.

Palabras clave: Maloclusión clase III, Ortodoncia, Ortognática, Sagital, Condilectomía. (Fuente: DeCs, BIREME).

ABSTRACT

The present academic work describes the clinical case of a 20-year-old patient, treated at the Dental Center of the University of San Martin de Porres, in the area of the Specialty of Orthodontics and Maxillofacial Orthopedics, during the period May 2015 - November 2017, whose reason for consultation was: "I don't like the way I bite." The clinical analysis revealed a patient with a straight, dolichofacial, asymmetrical profile, an increased lower third, and a protruded lower lip. He presented a skeletal class III malocclusion (ANB, -2°) with bilateral class III molar and canine relationships, an overjet (-2mm) and an overbite of 3.5mm.

The patient accepted as multidisciplinary orthodontic-surgical treatment, which consists of three phases: pre-surgical orthodontic stage (decompensation of the malocclusion which lasted one year), surgical stage (surgery was performed, in the upper jaw Lefort 1, in the lower jaw sagittal ramus, mandibular rotation and a left condylectomy), post-surgical orthodontic stage intercuspation and detailing. At the end of the treatment the patient presented a favorable change in the soft tissues, facial symmetry, consonant smile, upper and lower lips in correct position with respect to the Ricketts aesthetic line, class I skeletal pattern (ANB, 1mm), a mutual occlusion shared, stable without occlusal interference to mandibular movements, bilateral canine and molar relationships class I, adequate overjet and overbite of (+2mm), managing to meet the treatment objectives and patient expectations. The total treatment time was 30 months.

Keywords: Class III Malocclusion, Orthodontics, Orthognatic, Sagittal, Condylectomy. (Source: MeSH,NLM).

NOMBRE DEL TRABAJO

TRATAMIENTO ORTODÓNTICO-QUIRÚRGICO DE UNA MALOCLUSIÓN CLASE III ESQUELÉTICA POR RETRUSIÓN MAXILAR Y

AUTOR

MARILYN ROSARIO LÓPEZ CORREA

RECuento DE PALABRAS

5575 Words

RECuento DE CARACTERES

31281 Characters

RECuento DE PÁGINAS

42 Pages

TAMAÑO DEL ARCHIVO

24.9MB

FECHA DE ENTREGA

Sep 11, 2024 12:21 PM GMT-5

FECHA DEL INFORME

Sep 11, 2024 12:21 PM GMT-5

● 20% de similitud general

El total combinado de todas las coincidencias, incluidas las fuentes superpuestas, para cada base de datos.

- 19% Base de datos de Internet
- Base de datos de Crossref
- 13% Base de datos de trabajos entregados
- 4% Base de datos de publicaciones
- Base de datos de contenido publicado de Crossref

● Excluir del Reporte de Similitud

- Material bibliográfico
- Bloques de texto excluidos manualmente
- Coincidencia baja (menos de 10 palabras)



DRA. ESP. ANA CECILIA LAVADO TORRES

ORCID 0000-0002-4835-7178

INTRODUCCIÓN

La prevalencia mundial de maloclusión es del 56%; asimismo, se registra en África (81%), Europa (72%), seguidas de, América (53%) y Asia (48%)¹. En Latinoamérica se reportan niveles de incidencia y prevalencia de maloclusiones que superan el 85% de la población².

La prevalencia global de la maloclusión clase III es la más baja de todas las maloclusiones de Angle ($5,93 \pm 4,69\%$). El rango curiosamente amplio: de 0,7% en (Israel) y 19,9% en (China). Las cifras correspondientes a caucásicos, africanos y mongoloides fueron 5,92, 3,8% y 9,63%, respectivamente ³⁻⁵. En América, se reporta una prevalencia de maloclusión de clase III del 9,1% entre los adolescentes mexicano-estadounidenses³. Medina C⁴ en Venezuela, encontró una prevalencia de 15,03% de maloclusión clase III; asimismo, Vasconcelos MB, *et al.* ⁵ en Brasil, encontraron una prevalencia del 67,6%; y Aliaga S, *et al.* ⁶ en Perú, encontraron una prevalencia del 7,5% de maloclusión clase III.

Los pacientes con maloclusión de clase III frecuentemente muestran combinaciones de componentes esqueléticos y dentoalveolares. Se han informado diferentes características cefalométricas distintas en pacientes de clase III, como una longitud corta de la base del cráneo anterior, un ángulo agudo de la base del cráneo, un maxilar corto y retrusivo, incisivos maxilares proclinales, incisivos mandibulares retroinclinados, una altura antero inferior excesiva y un ángulo gonial obtuso^{7,8}.

Los problemas de clase III pueden surgir debido a un crecimiento deficiente del maxilar en dirección hacia abajo y hacia adelante y un mayor crecimiento hacia adelante o un crecimiento reducido hacia abajo de la mandíbula. Por lo tanto, un patrón de crecimiento hipodivergente acentúa el problema de clase III debido a una mayor rotación de crecimiento de la mandíbula en dirección hacia arriba y hacia adelante, mientras que un patrón de crecimiento vertical lo alivia debido a

una rotación hacia abajo y hacia atrás, siempre que la altura facial excesiva no se convierta en el problema ^{9,10}.

El espectro de complicaciones de la maloclusión de clase III varía en gravedad desde problemas dentoalveolares con desplazamiento anterior funcional de la mandíbula hasta problemas esqueléticos verdaderos con discrepancias maxilo mandibulares graves, lo que hace que su diagnóstico sea un gran desafío⁹. Realizar un adecuado análisis cefalométrico es fundamental para confirmar el diagnóstico presuntivo; asimismo, determinar el origen real de la anomalía nos permite formular un plan de tratamiento adecuado, quirúrgico o no quirúrgico, que responda a las demandas del paciente y del clínico¹¹.

Para pacientes con cualquier forma de relación de base esquelética de Clase III grave, se requiere corrección ortognática para corregir eficazmente la maloclusión dental y esquelética. Por el contrario, las maloclusiones de clase III, de leves a moderadas, cuidadosamente seleccionadas, pueden tratarse con camuflaje ortodóncico. El camuflaje se logra mediante una compensación dentoalveolar planificada, que reduce la apariencia general del problema esquelético subyacente al tiempo que mejora la oclusión, la función y la estética dental del paciente¹².

Siempre que sea posible, el objetivo principal del tratamiento debe obtener una relación canina y molar de clase I, permitiendo un resalte y una sobremordida positivos (1-2 mm) con fines de estabilidad oclusal. Sin embargo, existe un límite en la cantidad de compensación dentoalveolar horizontal (es decir, proinclinación de los incisivos superiores y retroinclinación de los incisivos mandibulares), que es aceptable en la región anterior, debido al potencial de compromisos estéticos y/o periodontales. Por lo tanto, si se rechaza la cirugía ortognática en un caso de clase III de moderado a grave, una relación de incisivos con resalte cero puede considerarse aceptable, aunque ciertamente no es ideal. Esta relación puede ser menos estable debido a la reducción de los contactos anteriores y puede permitir que los dientes se desvíen indeseablemente sin una retención ortodóncica indefinida ^{11,13}.

Las indicaciones de la cirugía ortognática están muy relacionadas con el tratamiento previo de una ortodoncia correctiva. Los límites del tratamiento de ortodoncia varían en función del movimiento dental requerido (los dientes pueden moverse en más direcciones que en otras), con respecto a la edad del paciente (los límites para el movimiento dental varían poco o nada con la edad, pero el crecimiento sólo puede modificarse durante la fase de crecimiento activo). Hay que tener en cuenta que la discrepancia marca los límites de los cambios en los tejidos duros hacia una oclusión ideal; siempre que no se hayan implementado otros límites vinculados a los objetivos prioritarios del tratamiento. Las limitaciones que marcan los tejidos blandos suelen ser un factor muy importante en la elección entre un tratamiento ortodóntico o uno ortodóntico-quirúrgico ^{12,14}. Katiyar R, *et al.* en su reporte concluyen que el tratamiento ortodóntico-quirúrgico fue la mejor opción para lograr una oclusión aceptable y un buen resultado estético en la corrección de una maloclusión clase III esquelética⁷.

Las necesidades estéticas contribuyen a las decisiones quirúrgicas cuando se trata a pacientes con maloclusiones esqueléticas de clase III. Georgalis K, *et al.*¹⁵ encontraron que los pacientes de clase III tratados con camuflaje o tratamiento quirúrgico probablemente terminen con los incisivos superiores ligeramente inclinados; sin embargo, el tratamiento quirúrgico produce un mayor cambio esquelético, que implica la normalización de la relación de la base esquelética, una reducción de la prominencia del mentón, un contorno de labios y mentón más favorable; asimismo, Asada K, *et al.*¹⁶ informaron una satisfacción significativamente mayor en la apariencia de la sonrisa ($p < 0,05$), con el tratamiento de abordaje ortodóntico-quirúrgico ($p < 0,001$).

El propósito de este caso es presentar un tratamiento ortodóntico-quirúrgico de una maloclusión clase III esquelética por retrusión maxilar y protrusión mandibular.

DIAGNÓSTICO

Paciente de 20 años, sexo masculino, raza mestiza en aparente buen estado de salud general acude al Centro Odontológico de la Universidad de San Martín de Porres. El paciente indicó como motivo de consulta “no me gusta como muerdo”. Adicionalmente el paciente refería no gustarle la mordida invertida expuesta al sonreír. No refiere tener antecedentes familiares estomatológicos contribuyentes.

De acuerdo al examen clínico y las fotografías extraorales (Fig.1) se observó un paciente de perfil recto, dolicofacial, asimétrico, con depresión malar del tercio medio, músculos periorales hipotónicos, un tercio inferior aumentado, hiperdivergente. Los labios superiores e inferiores se encuentran con una ligera protrusión respecto a la línea estética de Ricketts.

Presentó un ángulo nasolabial abierto (128°), un ángulo mentolabial abierto (136°). Respecto al análisis de la sonrisa, se observó una sonrisa asimétrica, corredores bucales de ancho medio, una curvatura no consonante del labio inferior, exponiendo una sonrisa media con apiñamiento moderado entre los dientes antero superiores (Fig. 1).

Dentro del examen intraoral, el paciente presentó una dentición permanente con periodonto fino, la arcada dentaria superior presentaba una forma ovoide simétrica con apiñamiento moderado localizado en el sector antero superior. El primer molar superior derecho y la segunda premolar superior derecha se encontraban rotados hacia mesial y la primera premolar derecha rotada hacia distal, la segunda premolar izquierda rotada hacia distal. Las terceras molares superiores en evolución intraosea (Fig. 2).

En la arcada dentaria inferior, presentó una forma ovoide asimétrica, una curva de Spee de 1.5 mm. La primera molar inferior derecha se encuentra rotada hacia distal y lingualizada al igual que la primera y segunda premolar derecha. En el sector anterior, se observó una DAD positiva (+2mm), espacios entre el canino izquierdo y primera premolar izquierda. Adicionalmente, los incisivos centrales y laterales se encuentran retroclinados (Fig. 2).

Por otra parte, en las relaciones interarcadas presentó características clínicas y fotográficas de una maloclusión clase III. Presentaba relación molar derecha e izquierda de clase III, relación canina derecha e izquierda de clase III, Overjet de -2 mm, Overbite +3.5mm, equivalente al 50% del incisivo inferior. Se observó una mordida cruzada anterior de los cuatro incisivos y caninos superiores, una mordida cruzada posterior derecha que abarcaba la primera y segunda premolar. Respecto a la línea media dentaria superior centrada con respecto a la línea media facial y la línea media dentaria inferior desviada 4 mm a la derecha con respecto a la línea media dentaria superior. Se manipuló la mandíbula hacia relación céntrica y la mordida no presentó variación respecto a la máxima intercuspidadación (Fig. 2).

Al análisis de los modelos de estudio se registró una discrepancia alveolodentaria en el maxilar superior de -4 mm y en el maxilar inferior de + 2 mm. Según el análisis de discrepancia de masa dentaria (Bolton), los dientes presentaron un exceso de masa en la arcada superior de 1.8 mm, de los cuales 1.2 mm se encontró en el sector posterior y 0.8 mm en el sector anterior. Las distancias intercaninas en arcada superior 35 mm y en la arcada inferior 27 mm respectivamente, las distancias intermolares en arcada superior de 50 mm y en la arcada inferior 43 mm respectivamente (Fig. 3).

En la radiografía panorámica se observó una dentición permanente de 31 piezas dentarias. Terceros molares superiores en evolución intraósea, pieza 4.8 mesioangulada en evolución intraósea, ausencia de la pieza 3.8. Piezas 1.4-1.5-1.1-2.1-2.4-2.5-3.3 giroversada, estructuras óseas de características normales un trabeculado óseo de características normales, neumatización del seno maxilar y un elongamiento del cóndilo mandibular izquierdo, se le indicó una radiografía posteroanterior para corroborar la asimetría facial. (Fig. 4).

Se indica una radiografía Postero anterior (Fig.5) para corroborar la asimetría facial dando como resultados:

- CAMPO I: Problema Dentario

Línea Media Dentaria: líneas medias dentarias no coincidentes 4 mm hacia la derecha.

- CAMPO II: Problema Esqueletal:

Ancho Maxilo Mandibular (IZQ) (J/ZL – GA): 8mm Disminuido.

Línea Media Maxilo Mandibular :5° Desviación Esqueletal.

- CAMPO IV: Relación Cráneo Facial:

Simetría Postural: 7° Asimetría Postural.

- CAMPO V: Estructural Interno:

Altura Nasal: 60mm Aumentado.

En el análisis cefalométrico (Fig. 6), el paciente presentó una base de cráneo 76mm, con un patrón esquelético sagital de clase III (ANB -2°). Se observó una posición adecuada del maxilar superior y una posición mandibular aumentada con un patrón de crecimiento mandibular hiperdivergente (FMA de 28°), un crecimiento vertical hiperdivergente (Sn,Go-Gn de 35°), con el tercio inferior aumentado. Adicionalmente un biotipo facial dolicofacial.

En los criterios dentales se observó incisivos superiores proclinaos y protruidos con respecto a su base ósea (1-Na 25° y de 5mm) y los Incisivos inferiores retroclinaos y retruidos con respecto a su base ósea (1-Nb 20° y de 3mm).

PLAN DE TRATAMIENTO

Dentro de los objetivos del tratamiento se plantean un procedimiento de tipo ortodóntico quirúrgico. En ese contexto, se dividieron los objetivos de tratamiento en 4 categorías:

FACIAL:

- Mejorar el perfil del paciente, y la relación de tejidos blandos.

DENTAL:

- Alinear y nivelar arcadas dentarias.
- Eliminar DAD en el maxilar superior.
- Mejorar overbite y overjet.
- Obtener relación canina bilateral clase I.
- Obtener relación molar bilateral clase I.
- Nivelar curva de spee.
- Centrar línea media inferior.

ESQUELÉTICO:

- Mejorar el patrón esquelético.
- Corregir la asimetría esquelética.

FUNCIONAL:

- Conseguir oclusión funcionalmente balanceada.

Después de un análisis minucioso respecto a los problemas, preferencias y expectativas que refirió el paciente, y a la discusión del caso clínico presentado en el Post Grado de Ortodoncia y Ortopedia Maxilar de la Universidad de San Martín de Porres se planteó un tratamiento ortodóntico-quirúrgico, el paciente estuvo conforme con el plan de tratamiento y firmo el consentimiento informado respectivo (anexo 4 – anexo 5).

PROGRESO DEL TRATAMIENTO:

ETAPA ORTODONTICA PRE-QUIRÚRGICA

Se inicia el tratamiento de ortodoncia con la instalación de la aparatología fija del sistema de brackets preajustado roth slot 0.022" x0.028" metálicos, una semana antes de la instalación se colocó separadores de ortodoncia (espaciadores de gomas), se procede a la colocación de las bandas con tubos triples convertibles superiores soldados, ubicados en las primeras molares derecha e izquierda, seguido en el maxilar inferior bandas con tubos dobles convertibles inferiores soldados, ubicados en las primeras molares derecha e izquierda.

Se inicio la primera fase de tratamiento de alineación y nivelación con la colocación de arcos continuos de nitinol 0.014 superior cinchado hasta los primeros molares para prevenir la proclinación anterior y un arco nitinol continuo 0.014 inferior para empezar con la descompensación de la maloclusión (Fig 7).

Al sexto mes de tratamiento se puede observar como las piezas anterosuperiores se encuentran en una mejor alineación. En el maxilar inferior se colocó un arco nitinol 0.016 x 0.022 seguido de ligadura metálica individual expresando el torque positivo de las piezas antero inferiores. (Fig 8).

Después de 9 meses se sigue con la secuencia de arcos continuos, en la arcada superior se coloca un arco nitinol 0.017 x 0.025 y un arco de acero 0.017 x 0.025 inferior, podemos observar la ausencia de piezas dentarias rotadas, ausencia de mordida cruzada posterior derecha, un aumento de la mordida cruzada anterior, un canteamiento del maxilar superior, un aumento negativo del overjet y aumento positivo del overbite (Fig 9).

Después de doce meses se logra la descompensación de la maloclusión observándose relaciones molares y caninas clase III al 100%, mordida cruzada anterior, overjet (-3mm), overbite (+3.mm), desviación hacia el lado derecho de la línea media inferior (Fig 10).

A los 18 meses de iniciado el caso, se colocaron pines quirúrgicos soldados sobre los arcos acero 0.018 x 0.025 superior e inferior, posterior a ello se deriva el paciente al Departamento de Cirugía Maxilofacial (Fig11).

ETAPA PREQUIRÚRGICA

Se acudió al área de cirugía maxilar para realizar el VTO (modelo de predicción del resultado terapéutico) seguido de una confección de férula intermedia (necesaria para determinar una posición predecible de la maxila con respecto a la mandíbula y el montaje de modelos de yeso en el articulador semiajustable mediante un arco facial para reproducir la posición tridimensional de los maxilares.

ETAPA QUIRÚRGICA

La operación se efectuó bajo anestesia general. En el maxilar superior se realizó una cirugía de Lefort 1, con un adelantamiento maxilar de 7.5 mm, descenso de 2mm y rotación maxilar de 2mm. En el maxilar inferior se realizó una sagital de rama, rotación mandibular, centrando la línea media dentaria inferior 2mm a la izquierda y una condilectomía izquierda; parte del cóndilo izquierdo retirado, fue llevado al área de patología, descartando algún proceso patológico (Fig.14)

ETAPA POST QUIRÚRGICA – ORTODONTICA

Después de 15 días de realizada la cirugía ortognática, el paciente acude al Centro Odontológico de la Universidad de San Martín de Porres. Se observa el mismo arco acero 0018 x 0.025 superior e inferior soldado con los pines quirúrgicos adicional a ello el uso continuo de elásticos intermaxilares para estabilizar la mordida después de la cirugía ortognática, se observó que el maxilar superior sobrepasaba el maxilar inferior, encontrando un overjet y overbite positivo (+1mm) y unas líneas medias superior e inferior coincidentes (Fig.15).

Al análisis fotográfico, se observó cambios favorables en los tejidos blandos, el maxilar superior en correcta posición con respecto al maxilar inferior, disminución

de la depresión malar, los labios superiores e inferiores se encuentran en correcta posición con respecto a la línea estética de Ricketts (Fig.16).

Después de 24 meses se observó un asentamiento dentario favorable en el sector posterior, un overjet y overbite positivo. En el maxilar superior se colocó un arco acero 0.018 x 0.025 y en el maxilar inferior se realiza reposicionamiento de brackets en piezas 3.2- 3.3 seguido de un arco NiTi 0.0016 (Fig.17).

Después de 26 meses de tratamiento se observó un overjet y overbite adecuado(+2mm), en el maxilar superior se colocó un arco adelantado acero 0.020 y en el maxilar inferior arco acero 0.020 seguido de elásticos intermaxilares clase II de 1/8 – 4.5 oz. (Fig.18).

RESULTADOS DEL TRATAMIENTO

Los resultados a nivel dentario se observó un total de 28 piezas dentarias debido a las exodoncias de terceras molares, observamos arcadas ovoides simétricas alineadas y niveladas con contactos interproximales adecuados, sin diastemas ni apiñamientos. Respecto a las relaciones interarcadas, se aprecia la corrección de la mordida cruzada anterior y posterior derecha. Se obtuvo un overjet y overbite funcional de 2 mm cada uno, y se mejoró la línea media dentaria inferior centrandose en relación a la línea media facial. Se obtuvo una relación molar y canina clase I, una correcta intercuspidación y un engranaje aceptable a nivel molar debido a la diferencia de anchos mesiodistales entre los primeros molares superiores e inferiores (Fig.19).

En los resultados fotográficos se pudo observar una sonrisa armoniosa y estética (Fig. 20). La mejora del perfil facial se localiza especialmente en la posición de los labios. En efecto, ambos labios adquieren un sellado pasivo y una posición dentro de la norma respecto a la línea estética de Ricketts. El ángulo mentolabial mejora de 128° a 93° y el ángulo nasolabial pasa de 136° a 126° . También se puede observar una mejora en la prominencia malar. En cuanto a la sonrisa (Fig. 20), se aprecia una curvatura consonante entre el borde de los incisivos superiores y el labio inferior y una disminución de los corredores bucales.

Al evaluar los cambios post- tratamiento se observa (Fig.21):

1. Adelantamiento de 7.5 del maxilar superior con un descenso de 2mm y rotación antihoraria de 2mm del maxilar superior e inferior correspondiente a la cirugía ortognática
2. Rotación antihoraria del maxilar inferior.
3. Los incisivos superiores se extruyeron y adelantaron.
4. Los incisivos inferiores se retruyeron y retroinclinaron
5. La molar superior e inferior se mesializaron debido a la cirugía ortognática
6. Mejoramiento del perfil blando, con ligera retrusión del labio superior e inferior.

DISCUSIÓN

Los estudios indican que entre el 63% y el 73% de las maloclusiones de clase III son de tipo esquelético. Estos casos esqueléticos son el resultado de una falta de armonía en el crecimiento entre la mandíbula y el maxilar, lo que produce un perfil facial cóncavo. Los pacientes con maloclusión esquelética de clase III pueden presentar protrusión mandibular, retrusión maxilar o una combinación de ambas ¹⁷.

Este reporte de caso describe el tratamiento de un paciente joven con relación esquelética y dental de clase III. Se empleó un tratamiento ortodóntico-quirúrgico, ampliando los límites de la discrepancia, mediante el avance quirúrgico del maxilar retrusivo de 7.5 mm; y cirugía sagital mandibular de rama izquierda más condilectomía izquierda en un solo procedimiento. Esto ayudó a lograr resultados estéticos gratificantes, relaciones esqueléticas y dentales ideales y una oclusión de Clase I estable y funcional. La ortodoncia prequirúrgica ayudó a eliminar todas las compensaciones dentales e identificó la ubicación y extensión de las discrepancias esqueléticas en ambos maxilares; mientras que, la ortodoncia posquirúrgica ayudó en la rehabilitación oclusal, corrigiendo las discrepancias dentales emergentes y asentando la oclusión en su posición final estable.

Es difícil, lograr una oclusión adecuada sin una descompensación ortodóntica previa a la cirugía; especialmente, cuando las discrepancias mandibulares son mayores y las alineaciones dentales no coordinan bien entre las dos arcadas, como fue el caso de este paciente. Se empleó el procedimiento quirúrgico más comúnmente empleado para corregir esta deformidad facial, discrepancia esquelética y maloclusión como son la osteotomía de rama sagital con rotación para la mandíbula prognática; para corregir la asimetría facial una condilectomía izquierda y la osteotomía Le Fort 1 con avance para el maxilar retrognático/retrusivo ¹⁷.

Algunas limitaciones de la cirugía ortognática para maloclusiones de Clase III se relacionan con la posibilidad de recidiva posquirúrgica. Los factores comunes

que explican la recidiva quirúrgica son la cantidad de retroceso mandibular, el espacio reducido de la lengua y el estiramiento del cabestrillo pterigomaseterino, que está relacionado con el tirón muscular hacia adelante. Además, una gran cantidad de retroceso mandibular podría provocar un estrechamiento de las vías respiratorias faríngeas, lo que provocaría trastornos respiratorios obstructivos relacionados con el sueño ¹⁸. Aunque la cirugía aislada de la mandíbula para un paciente prognático ha sido durante mucho tiempo el procedimiento más comúnmente aplicado para la corrección de Clase III; recientemente la cirugía bimaxilar se está volviendo más común. En la jerarquía de estabilidad, la “cirugía de ambos maxilares” simultánea con la fijación interna rígida se considera más estable que el retroceso mandibular con una probabilidad de 80 % de cambio <2 mm y solo una probabilidad de 20 % de recaída de 2 a 4 mm; y la cirugía bimaxilar es más estable más allá de los 2 años después de la operación que la cirugía de un solo maxilar ^{19,21}.

Según Bailey L, *et al.* ²⁰ realizaron un estudio evaluando los cambios a largo plazo después de la corrección quirúrgica de la deformidad esquelética de Clase III, digitalizaron radiografías cefalométricas posoperatorias 1 año y 2 a más años después de la cirugía de 92 pacientes que habían recibido una osteotomía sagital bilateral para el retroceso mandibular o un avance maxilar Le Fort I., o una combinación de los dos procedimientos; encontrando que, en los tres grupos, más del 90% de los pacientes no mostraron cambios clínicamente significativos a largo plazo, lo que sugiere que los cambios a largo plazo son menos probables después del tratamiento de Clase III que de Clase II.

Asimismo, Busby B, *et al.* ¹⁹ evaluaron los cambios a largo plazo, digitalizando radiografías cefalométricas posoperatorias al año y > o = 5 años de 79 pacientes que habían recibido una osteotomía dividida sagital bilateral para el retroceso mandibular, un avance maxilar Le Fort I o una combinación de los 2 procedimientos; encontrando que, el 85% del grupo de avance maxilar y el grupo de retroceso mandibular; y el 80% del grupo de cirugía bimaxilar mostraron menos de 4 mm de cambio posquirúrgico de 1 año a > o = 5 años. A largo plazo, el retroceso mandibular solo fue más estable que cuando se combinó con cirugía maxilar.

La calidad de vida de los pacientes con maloclusión de clase III mejora después de la cirugía ortognática ²². Según Posnick JC, *et al.*²³ encontraron que la cirugía ortognática se asocia con un alto nivel de satisfacción del paciente. Nicodemo D, *et al.* ¹⁴ concluyeron que la cirugía ortognática tiene un efecto positivo en la calidad de vida tanto de hombres como de mujeres y mejora los aspectos físicos y sociales.

El principal objetivo del tratamiento ortodóntico-quirúrgico es reposicionar los maxilares para lograr un perfil estético con buena oclusión y función masticatoria. En este caso fue la mejor opción para lograr una oclusión aceptable y un buen resultado estético; reforzando la tendencia de que un enfoque de equipo multidisciplinario experimentado garantiza un resultado satisfactorio.

CONCLUSIONES

- El diagnóstico correcto de una maloclusión clase III debe contemplar parámetros faciales, dentales y esqueléticos en los tres planos del espacio de esa manera lograremos identificar las alteraciones presentes y podremos tener un mejor abordaje apropiado para cada paciente.
- Es importante que el clínico realice una correcta anamnesis tomando en cuenta el motivo de consulta del paciente, conociendo sus expectativas y preferencias, de esa manera se logrará obtener un mejor resultado.
- La ortodoncia prequirúrgica ayudó a eliminar todas las compensaciones dentales e identificó la ubicación de las discrepancias esqueléticas entre ambos maxilares.
- La cirugía ortognática ayudó a mejorar las características esqueléticas y faciales de nuestro paciente. Mientras que la ortodoncia posquirúrgica ayudó en la reintegración oclusal, corrigiendo las discrepancias dentales y asentando la oclusión en una posición final más estable.
- Diversos estudios mencionan que la cirugía ortognática combinada con el tratamiento ortodóntico es una excelente opción para la corrección de la maloclusión clase III esquelética, ya que corrige los problemas faciales esqueléticos y dentales presentes y característicos del paciente sin necesidad de realizar tratamientos ortodónticos compensatorios que terminen con pérdida de alguna pieza dentaria o a la inestabilidad del resultado en el tratamiento a largo plazo.
- En este caso se logró una corrección efectiva y estable de la maloclusión esquelética de Clase III, con una mejora del equilibrio facial, en la simetría y la proporción.

- La cirugía ortognática combinada con el tratamiento ortodóntico permitió mejorar la calidad de vida de nuestro paciente elevando su autoestima seguridad y confianza en sí mismo.

REFERENCIAS

1. Lombardo G, Vena F, Negri P, Pagano S, Barilotti C, Paglia L, et al. Worldwide prevalence of malocclusion in the different stages of dentition: A systematic review and meta-analysis. *Eur J Pediatric Dent.* 2020;21(2):115-22.
2. Kiep P, Duerksen G, Cantero L, López A, Núñez Mendieta H, Ortiz R, et al. Grado de maloclusiones según el índice de estética dental en pacientes que acudieron a la Universidad del Pacífico. *Rev Científica Cienc Salud.* 2021;3(1):56-62.
3. Hardy DK, Cubas YP, Orellana MF. Prevalence of angle class III malocclusion: A systematic review and meta-analysis. 2012.
4. Medina C. Prevalencia de maloclusiones dentales en un grupo de pacientes pediátricos. *Acta Odontológica Venez.* 2010;48(1):94-9.
5. Vasconcelos MB, Pinzan-Vercelino CRM, Gurgel J de A, Bramante F da S. Cephalometric characteristics of Class III malocclusion In Brazilian individuals. *Braz J Oral Sci.*2014;13(4):314-8.
6. Aliaga-Del Castillo A, Mattos-Vela MA, Aliaga-Del Castillo R, Del Castillo-Mendoza C. Maloclusiones en niños y adolescentes de caseríos y comunidades nativas de la Amazonía de Ucayali.2011;28(1):87-91.
7. Katiyar R, Singh GK, Mehrotra D, Singh A. Surgical–orthodontic treatment of a skeletal class III malocclusion. *Natl J Maxillofac Surg.* 2010;1(2):143-9.
8. Barone S, Averta F, Muraca D, Diodati F, Bennardo F, Antonelli A, et al. Does Maxillary Retrusion in Skeletal Class III Malocclusion Affect the Perception of Facial Aesthetics Evaluation of Different Groups. *Oral.* 2021;1(3):216-23.
9. Zere E, Chaudhari PK, Sharan J, Dhingra K, Tiwari N. Developing Class III malocclusions: challenges and solutions. *Clin Cosmet Investig Dent.* 2018;10:99-116.
10. De Clerck HJ, Proffit WR. Growth modification of the face: A current perspective with emphasis on Class III treatment. *Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod.*2015;148(1):37-46.
11. Khan A, Freer E, Ong D. Interdisciplinary diagnosis and treatment planning for Class III malocclusion and determining the appropriate anterior tooth positions for individual patients. *Clin Case Rep.* 2022;10(11):64-68.
12. Insawak R, Lin CH, Chen YA, Ko EWC. Comparison of 3-dimensional postoperative dental movement in Class III surgical correction with and without presurgical orthodontic treatment. *Biomed J.*2021;44(6 Suppl 2):282-95.
13. Mirhashemi AH, Ghadirian H, Samimi SM. Surgery-First Approach; from Claims to Evidence: A Comprehensive Review. *Front Dent.* 2022;19-23.
14. Choi JW, Lee JY. Current concept of the surgery-first orthognathic

approach. Arch Plast Surg. 2021;48(2):199-207.

15. Georgalis K, Woods MG. A study of Class III treatment: orthodontic camouflage vs orthognathic surgery. Aust Orthod J.2015;31(2):138-48.

16. Asada K, Motoyoshi M, Tamura T, Nakajima A, Mayahara K, Shimizu N. Satisfaction with orthognathic surgery of skeletal Class III patients. Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod. 2015;148(5):827-37.

17. Jeyaraj P, Juneja P. A Case of Extreme Skeletal Class III Malocclusion Beyond the Envelope of Discrepancy, Managed Effectively by a Modified Ortho-Surgical Protocol. J Maxillofac Oral Surg.2021;20(2):201-18.

18. Valencia AV, Lora DM, Salas JEF, Hawley DA, Rivas MIH, Chávez JAR. Class III malocclusion correction through surgical-orthodontic treatment. 2016;4(4):244-57.

19. Busby BR, Bailey LJ, Proffit WR, Phillips C, White RP. Long-term stability of surgical class III treatment: a study of 5-year postsurgical results. Int J Adult Orthodon Orthognath Surg. 2002;17(3):159-70.

20. Bailey L 'Tanya J, Cevitanes LHS, Proffit WR. Stability and predictability of orthognathic surgery. Am J Orthod Dentofac Orthop Off Publ Am Assoc Orthod Its Const Soc Am Board Orthod.2004;126(3):273-7.

21. Haryani J, Nagar A, Mehrotra D, Ranabhath R. Management of severe skeletal Class III malocclusion with bimaxillary orthognathic surgery. Contemp Clin Dent. 2016;7(4):574-8.

22. Rezaei F, Masalehi H, Golshah A, Imani MM. Oral health related quality of life of patients with class III skeletal malocclusion before and after orthognathic surgery. BMC Oral Health.2019;19:289.

23. Posnick JC, Wallace J. Complex orthognathic surgery: assessment of patient satisfaction. J Oral Maxillofac Surg Off J Am Assoc Oral Maxillofac Surg. 2008;66(5):934-42.

24. Nicodemo D, Pereira MD, Ferreira LM. Effect of orthognathic surgery for class III correction on quality of life as measured by SF-36. Int J Oral Maxillofac Surg.2008;37(2):131-4.

**APÉNDICE Y/O ANEXOS:
ANEXO 1**



Fig. 1 Fotografías Extraorales frente, perfil y sonrisa.



Fig.2 Fotografías intraorales muestran la relaciones molares de clase III al 100% derecha e izquierda.



Fig. 3 Fotografía modelos de estudio inicial, muestran las relaciones molares de clase III bilateral.



Fig. 4 Radiografía Panorámica inicial.



Fig. 5 Radiografía Frontal inicial.

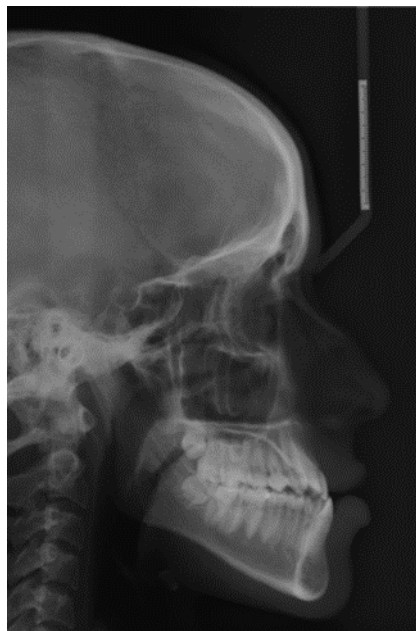


Fig. 6 Radiografía cefalométrica lateral inicial, relación esquelética clase III.



Fig. 7 Fotografías iniciales de alineación y nivelación.



Fig. 8 Fotografías de progreso a los 6 meses de tratamiento.

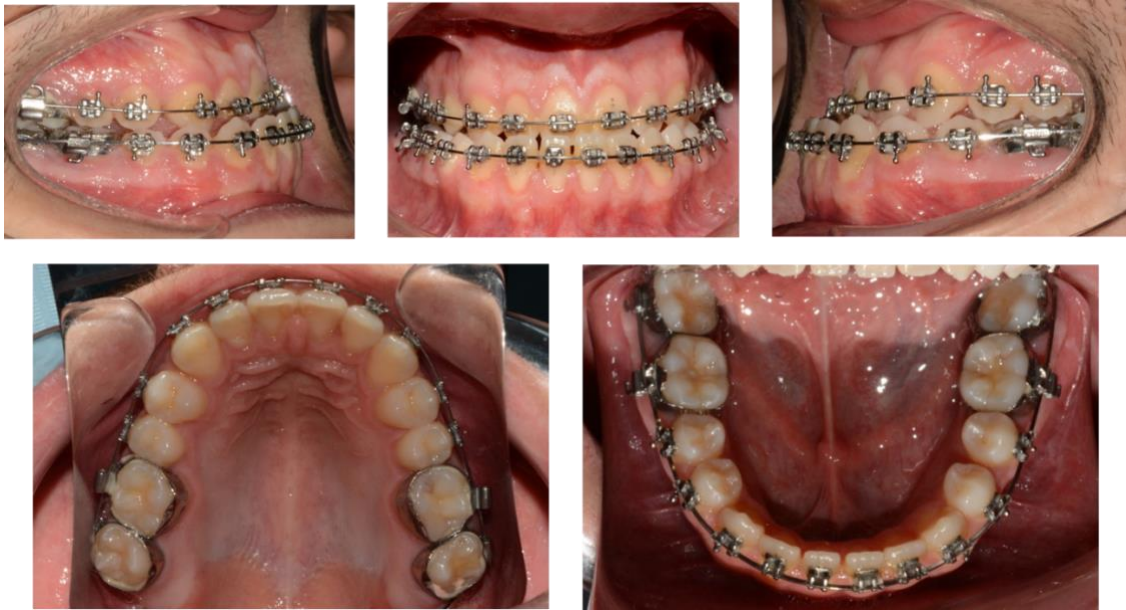


Fig. 9 Fotografías de progreso a los 9 meses de iniciado el tratamiento



Fig. 10 Fotografías de progreso a los 12 meses de tratamiento



Fig.11 Fotografías intraorales a los 18 meses de iniciado el tratamiento

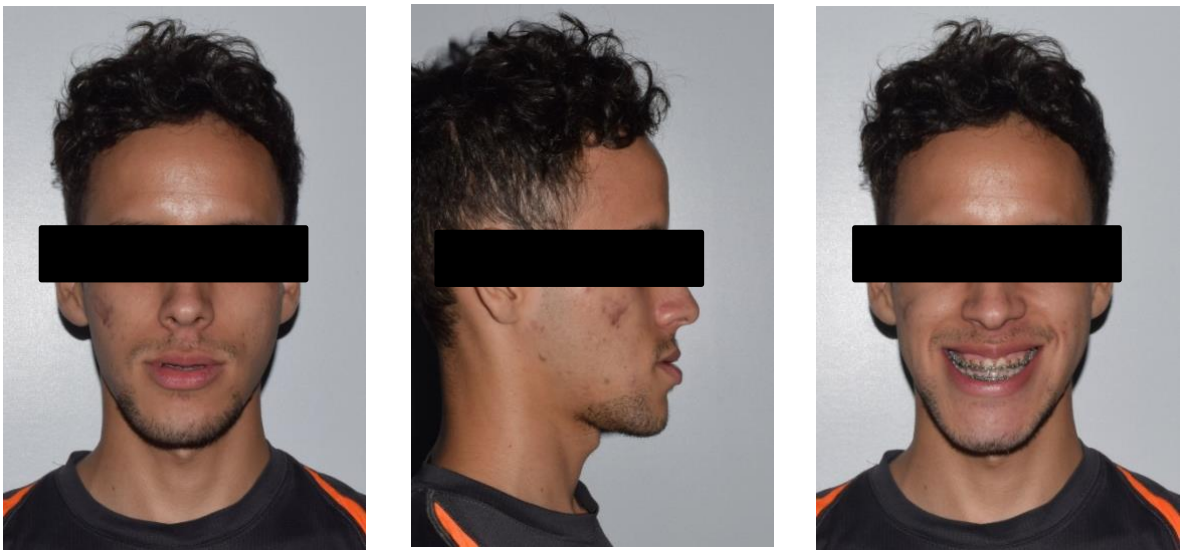


Fig. 12 Fotografías extraorales antes de ingresar a la Cirugía.

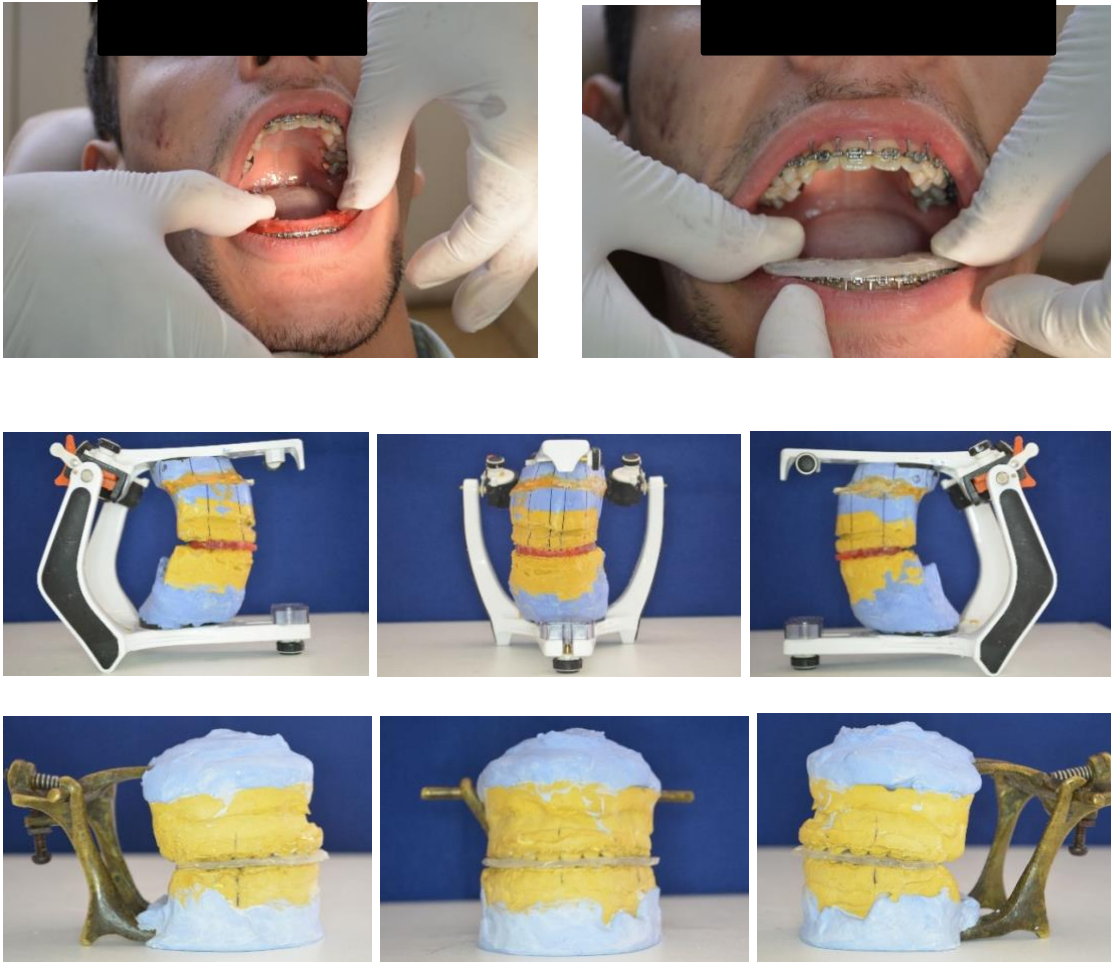


Fig. 13 Procedimiento Pre- Quirúrgico

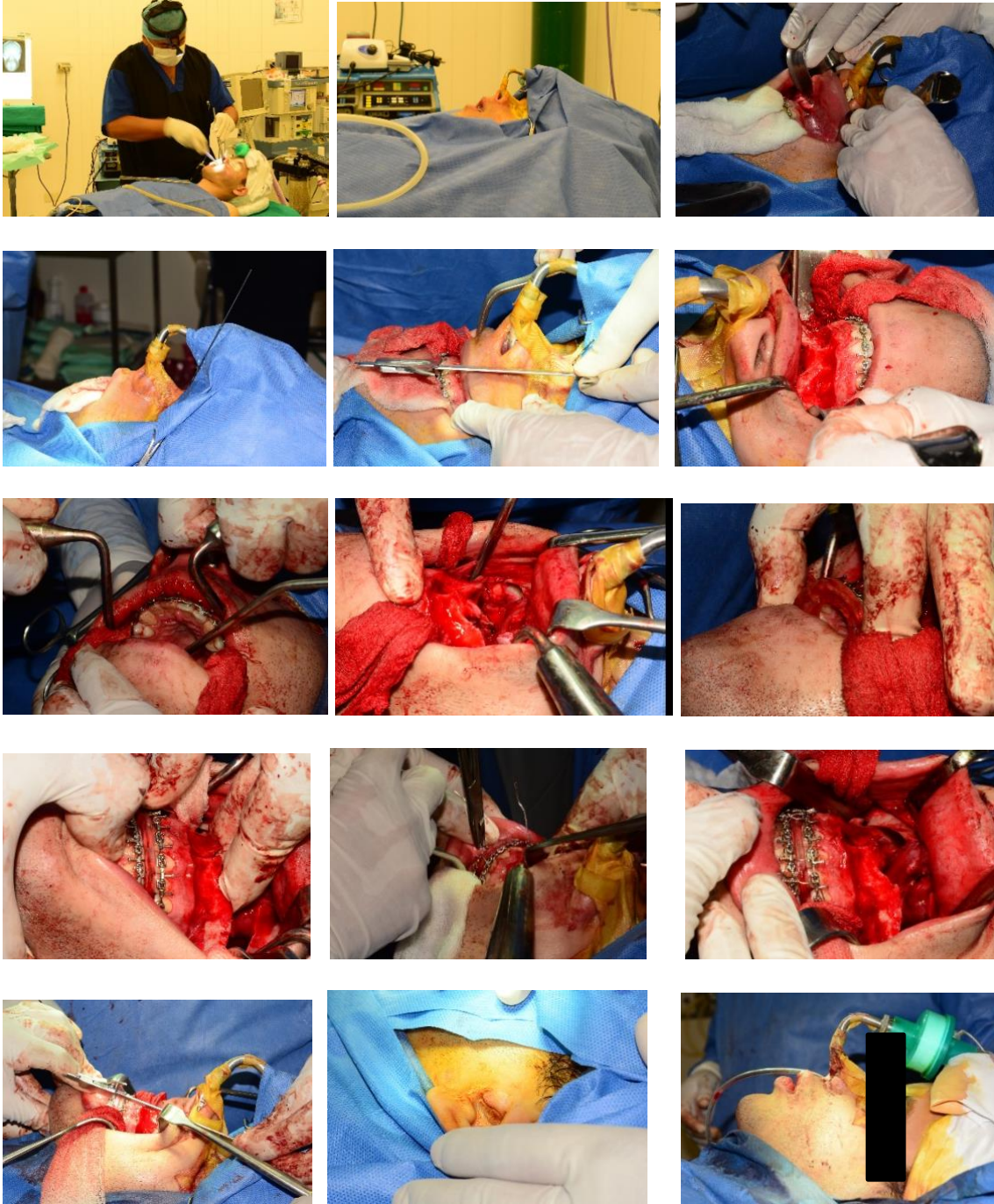


Fig. 14 Procedimiento Quirúrgico.



Fig.15 Fotografías intraorales después de 15 días de la cirugía ortognática



Fig. 16. Fotografías faciales post cirugía ortognática (15 días después) reposo, sonrisa y perfil facial.



Fig. 17 Fotografías intraorales a los 24 meses de tratamiento.



Fig. 18 Fotografías Intraorales a los 26 meses.



Fig. 19 Fotografías intraorales post-tratamiento.



Fig. 20 Fotografías faciales de sonrisa inicio, progreso y post – tratamiento

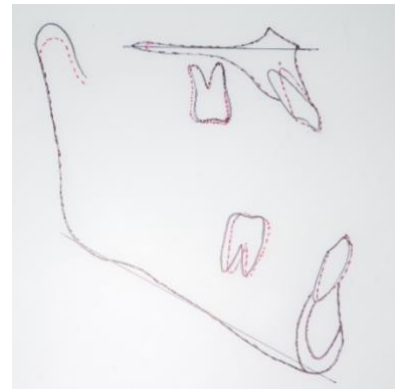
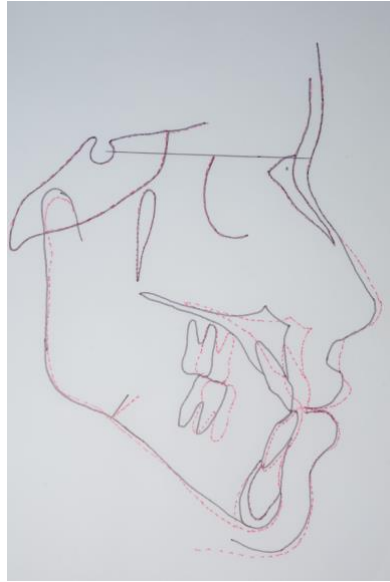
ANEXO 2

ÁREAS DE SOBREIMPOSICIÓN SOBRE:

SILLA – NASIÓN / PALATAL /SÍNFISIS

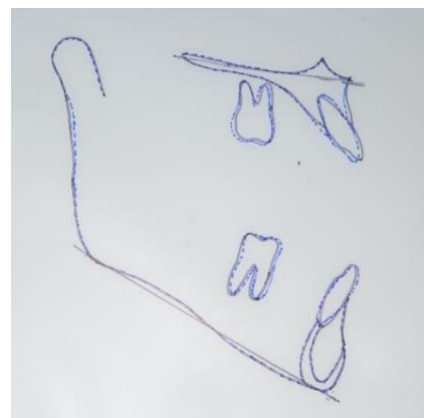
INICIO _____ 14 - 04 -15

FINAL ----- 30 -07 -18



INICIO _____ 14 - 04 -15

PROGRESO ----- 01- 03- 17



(A) Pre – tratamiento y Post – tratamiento sobreimposición SILLA-NASIÓN de los trazados cefalométricos. (B) sobreimposición palatal. (C) sobreimposición sobre sínfisis

ANEXO 3

CUADRO DE EVALUACIÓN CEFALOMÉTRICA

	FECHA	14-04-2015	01-03-17	30-07-18
	EDAD	20 años	22 años	23 años
CRITERIOS DENTALES	NORMA CLINICA	INICIAL	PROGRESO	FINAL
1 MX. A NA GRADOS	22°	25°	18°	20°
1 MX. A NA mm	4 mm	5 mm	3mm	4 mm
1 MD. A NB GRADOS	25°	20°	30°	26°
1 MD. A NB mm	4 mm	3 mm	6mm	4mm
ANGULO INTERINCISAL	135°	132°	130°	130°
1 MX. A SN. GRADOS	103°	103°	84°	87°
1 MD. A PM. GRADOS	90°	81°	91°	84°
1 MX. A PO. mm.	2.7 mm	3 mm	2mm	5mm
1 MX. A PALATINO	116°	121°	114°	116°
TEJIDOS BLANDOS	NORMA CLINICA			
ANGULO NASOLABIAL	90° a 110°	128°	100°	93°
ANGULO MENTOLABIAL	120° +- 10°	136°	113°	126°
LINEA E				
SUPERIOR	- 2 mm	-4 mm	-5mm	-1 mm
INFERIOR	0mm	+2mm	+4mm	0 mm

	FECHA	14/04/15	01-03-17	30-07-18
	EDAD	20 años	22 años	23 años
CRITERIOS ESQUELETICOS	NORMA CLINICA	INICIAL	PROGRESO	FINAL
SNA	82°	85°	86°	89°
SNB	80°	87°	88°	87°
ANB	2°	-2°	-1°	2°
EJE Y	59.14°	56°	57°	60°
GO - GN A SN	32°	35°	30°	37°
FMA	25°	28°	26°	28°
ENA - ENP A FH	4°	-2°	4°	4°
NA - PG A FH	87.8°	97°	95°	97°
ANGULO DE LANDHE	88°	95°	96°	99°

ANEXO 4



Lima, 15 de AGOSTO de 2015

AUTORIZACIÓN DE TRATAMIENTO DE ORTODONCIA CORRECTIVA EN LA CLÍNICA ESPECIALIZADA DE LA FO – USMP

Las características particulares de Daniel Roberto Mejía hacen necesario un tratamiento de Ortodoncia Correctiva, en el cual se corrige una maloclusión ya existente.

El tratamiento de Ortodoncia Correctiva requerirá aproximadamente de 24 meses. El pago consistirá en un pago inicial de S/. 453.00 Cuatrocientos cincuenta y tres y 24 mensualidades de S/. 123.00 Ciento veintitres, dichas mensualidades serán abonadas mensualmente al siguiente mes de firmado el presente contrato.

El costo del tratamiento de Ortodoncia Correctiva no incluye procedimientos como: estudios para diagnóstico, aparatología adicional, extracciones, procedimientos quirúrgicos, obturaciones, aplicaciones de flúor, radiografías u otros procedimientos odontológicos que pudieran ser necesarios durante el tiempo de tratamiento.

Cualquier aparato dañado o perdido por el paciente tendrá que ser reemplazado, por lo que el costo será cubierto por él mismo.

Le recuerdo que la cooperación del paciente es indispensable en las siguientes áreas:

1. Usar aparatos y/o ligas tal y como se le indica. De no hacerlo, no seremos responsables del resultado final.
2. Cepillarse los dientes después de cada alimento y abstenerse de consumir alimentos azucarados, pegajosos o duros.
3. Cuidar sus aparatos y mantenerlos en perfecto estado. El arreglo y reemplazo de cualquier aparato causará gastos adicionales.
4. Asistir a sus citas. De no hacerlo se cargarán honorarios adicionales a partir de la fecha de término planeada.
5. Si se suspende el tratamiento por alguna razón por parte del paciente, no habrá reembolso de ninguna clase y se deberá hacer la cancelación del monto total del tratamiento.
6. Si por alguna razón no asiste el(la) paciente a consulta en un lapso de 3 mes más sin notificar la causa, la Clínica Especializada de Odontología de la FO – USMP no asumirá la responsabilidad en cuanto al resultado del tratamiento.

Cualquier molestia causada por sus aparatos repórtela de inmediato, pues esos además de ser costosos, cumplen la función específica.

"Recuerda que del esfuerzo y cooperación dependerán los buenos resultados"

APELLIDOS Y NOMBRES DEL APODERADO : _____

APELLIDOS Y NOMBRES DEL PACIENTE : Daniel Roberto Mejía

FIRMA DEL PACIENTE / APODERADO

7320590L

FIRMA DEL DOCENTE RESPONSABLE



Mg. Esp. Ana Leticia Torres
Ortodoncia

ANEXO 5



ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILAR

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Un tratamiento de ortodoncia exitoso es el resultado de una buena relación entre ortodoncista y paciente. El doctor y su personal se dedican a lograr el mejor resultado posible para cada paciente. En general, aquellos pacientes que están informados y son cooperadores pueden obtener resultados positivos. Usted sabe que con la ortodoncia se pueden lograr sonrisas hermosas. Sin embargo, debe estar consciente que, tal como sucede en todas las artes médicas, existen riesgos y limitaciones.

Resultados del tratamiento

Por lo general, el tratamiento de ortodoncia se desarrolla tal como se planificó, y tratamos de hacer todo lo posible para alcanzar los mejores resultados en cada paciente. No obstante, no es posible garantizarle que usted estará completamente satisfecho con los resultados, ni podemos prever todas las complicaciones o consecuencias. El éxito del tratamiento depende de su cooperación al cumplir con las citas, mantener una buena higiene bucal, evitar perder o romper los aparatos, y seguir las instrucciones del ortodoncista cuidadosamente.

Duración del tratamiento

La duración del tratamiento depende de varios factores, incluyendo la gravedad del problema, el crecimiento del paciente y el nivel de cooperación de éste. Generalmente, el tiempo real de tratamiento coincide con el tiempo estimado de duración del mismo, aunque éste puede extenderse si, por ejemplo, ocurre un crecimiento imprevisto o si existen hábitos que afectan las estructuras dentofaciales, si hay problemas periodontales o de otro tipo o si el paciente no coopera lo suficiente. Por lo tanto, tal vez sea necesario realizar cambios en el plan de tratamiento original. Si el tiempo de tratamiento se extiende más allá del estimado original, podrán considerarse honorarios adicionales.

Molestias

La boca es muy sensible y, por lo tanto, es posible que haya un período de adaptación durante el cual habrá molestias causadas por los aparatos de ortodoncia. Durante este período de ajuste, podrán utilizarse analgésicos que no requieran de receta médica.

Recidiva

Un tratamiento de ortodoncia terminado no le garantiza dientes perfectamente derechos para el resto de su vida. Serán necesarios retenedores a fin de mantener los dientes en su nueva posición como resultado del tratamiento de ortodoncia. Deberá usar los retenedores según le indiquen. De no hacerlo, es posible que sus dientes se desplacen, además de padecer efectos adversos adicionales. Es necesario el uso de los retenedores durante varios años después del tratamiento de ortodoncia. Sin embargo, pueden ocurrir cambios después de dicho tiempo debido a causas naturales, incluyendo hábitos tales como empujar con la lengua, respirar por la boca y el crecimiento y maduración que continúan durante toda la vida. Con el tiempo, la mayoría de la

ESPECIALIDAD DE ORTODONCIA Y ORTOPEDIA MAXILO FACIAL
UNIVERSIDAD SAN MARTIN DE PORRES

Página 1

gente verá que sus dientes se desplazan. Algunos cambios pueden requerir tratamiento de ortodoncia adicional o, en algunos casos, cirugía. Algunas situaciones pueden requerir retenedores no removibles u otros aparatos dentales fabricados por su dentista.

Extracciones

Algunos casos requerirán la remoción de dientes temporales (de leche) o permanentes. Existen riesgos adicionales relacionados con la remoción de dientes de los que usted deberá conversar con su dentista o con el cirujano bucal antes del procedimiento.

Cirugía Ortognática

Algunos pacientes presentan desarmonías esqueléticas significantes que requieren tratamiento de ortodoncia en combinación con cirugía ortognática (dentofacial).

Existen riesgos adicionales relacionados con esta cirugía de los que usted deberá platicar con su cirujano maxilofacial antes de comenzar el tratamiento de ortodoncia.

Tenga a bien saber que a menudo el tratamiento de ortodoncia anterior a la cirugía ortognática alinea los dientes dentro de los arcos dentales individuales. En consecuencia, es posible que los pacientes que interrumpen el tratamiento de ortodoncia sin completar los procedimientos quirúrgicos planificados tengan una maloclusión peor que cuando comenzaron el tratamiento.

Descalcificación y Caries Dental

Una excelente higiene bucal es fundamental durante el tratamiento de ortodoncia así como las visitas regulares a su dentista general. La higiene inadecuada o incorrecta podría resultar en cavidades, dientes manchados, enfermedad periodontal y/o descalcificación. Estos mismos problemas pueden ocurrir sin tratamiento de ortodoncia, pero el riesgo es mayor para una persona que usa aditamentos ortodóncicos u otros aparatos. Dichos problemas pueden agravarse si el paciente no ha tenido el beneficio de agua fluorurada o su sustituto, o si el paciente consume bebidas o alimentos endulzados.

Resorción Radicular

Las raíces de los dientes de algunos pacientes se acortan (resorción) durante el tratamiento de ortodoncia. No se sabe con exactitud la causa de la resorción, ni se puede predecir qué pacientes la experimentarán. Sin embargo, muchos pacientes a pesar de tener dientes con raíces seriamente acortadas los mantienen en boca durante toda su vida. Si la resorción se detecta durante el tratamiento de ortodoncia, es posible que su ortodontista le recomiende una pausa en el tratamiento o la remoción de los aparatos antes de completar el tratamiento de ortodoncia.

Daño del Nervio

Dientes que han sufrido trauma debido a un accidente o caries profunda pueden haber experimentado daño a su nervio. Es posible que, en algunos casos, el movimiento ortodóncico agrave esta situación. En algunos casos, puede ser necesario realizar tratamientos de conductos. En casos graves, se pueden perder los dientes.

Enfermedad Periodontal

La enfermedad periodontal (encia y hueso) puede desarrollarse o empeorarse durante el tratamiento de ortodoncia debido a muchos factores, aunque con mayor frecuencia se debe a la falta de una adecuada higiene bucal. Un dentista general o si fuera indicado, un periodoncista deberá monitorear cada tres o seis meses su salud periodontal durante el tratamiento de ortodoncia. Si los problemas periodontales no pueden controlarse, es posible que el tratamiento de ortodoncia haya que interrumpirlo antes de finalizar.

Lesiones Causadas por los Aparatos de Ortodoncia

Deberán evitarse las actividades o alimentos que pudieran dañar, aflojar o desalojar los aparatos de ortodoncia. Los aparatos de ortodoncia desalojados o dañados pueden inhalarse o tragarse o podrían causar otros daños al paciente. Usted deberá informar a su ortodoncista de cualquier signo inusual o sobre cualquier aparato flojo o roto en cuanto lo advierta. Es posible que se dañe el esmalte de un diente o una restauración (corona, resina, carilla, etc.) cuando se retiran los aparatos de ortodoncia. Este problema es más probable que ocurra cuando se eligieron aparatos estéticos (transparentes o de color dental). Si se dañara un diente o una restauración, será necesario que su dentista realice una restauración del diente o dientes involucrado/s.

Arcos Faciales

Los arcos faciales pueden causar lesiones al paciente, tales como daño al rostro o los ojos. En el caso de lesiones o especialmente una lesión en los ojos, aunque sea menor, deberá buscar ayuda médica inmediata.

Evite usar arcos faciales en situaciones donde exista alguna posibilidad de que fueran desalojados o arrancados. Las actividades deportivas y juegos deberán evitarse cuando se usen arcos faciales.

Disfunción de la Articulación Temporomandibular (Mandíbula)

Pueden ocurrir problemas en las articulaciones temporomandibulares, causando dolor, dolores de cabeza o problemas de oído. Existen muchos factores que pueden afectar la salud de las articulaciones temporomandibulares, incluyendo traumas pasados (golpes en el rostro o cabeza), artritis, tendencia hereditaria a problemas en las articulaciones temporomandibulares, desgastar o apretar excesivamente los dientes, mordida mal equilibrada y múltiples trastornos médicos. Los problemas de las articulaciones temporomandibulares pueden ocurrir con o sin tratamiento de ortodoncia. Cualquier síntoma de las articulaciones temporomandibulares, incluyendo dolor, chasquido del maxilar inferior o dificultad para abrir o cerrar, deberá informarse de inmediato al ortodoncista. Tal vez sea necesario un tratamiento con otros especialistas médicos o dentales.

Dientes Retenidos, Anquilosados y No Erupcionados

Los dientes pueden retenerse (quedar atrapados debajo del hueso o encía), anquilosarse (quedar fusionados al hueso) o no erupcionar. A menudo, estas situaciones ocurren sin motivo aparente y, generalmente, no pueden preverse. El tratamiento de dichas condiciones depende de la circunstancia particular y de la importancia del diente involucrado, y puede requerir su extracción, exposición quirúrgica, transplante quirúrgico o reemplazo protésico.

Ajuste Oclusal

Puede haber mínimas imperfecciones en la manera de que sus dientes muerden después de finalizar el tratamiento. Tal vez sea necesario un procedimiento de equilibrio oclusal, método de desgaste utilizado para perfeccionar la oclusión. Asimismo, puede ser necesario retirar una pequeña cantidad de esmalte de entre los dientes, con lo que se logra "aplanar" las superficies a fin de disminuir la posibilidad de una recidiva.

Resultados No Ideales

Debido a una amplia variación en el tamaño y forma de los dientes, dientes faltantes, etc., es posible que no se pueda lograr un resultado ideal (por ejemplo, cierre completo de un espacio). Es posible que se indique un tratamiento de restauración dentaria, tal como adhesivos estéticos, coronas o puentes o terapia periodontal. Le recomendamos que le pregunte a su ortodoncista y dentista sobre la atención adicional.

Terceros Molares

Cuando los terceros molares (muelas del juicio) se desarrollan, es posible que sus dientes cambien su alineación. Su dentista y/u ortodontista deberá monitorearlos a fin de determinar si será necesario extraer los terceros molares.

Alergias

Ocasionalmente, los pacientes pueden ser alérgicos a algunos de los materiales que componen los aparatos de ortodoncia. Esto puede requerir un cambio en el plan de tratamiento o la interrupción del tratamiento antes de finalizar. A pesar de ser muy poco común, es posible que sea necesario un tratamiento médico de las alergias al material dental.

Problemas de Salud en General

Los problemas de salud en general tales como enfermedades de los huesos, sangre o trastornos endócrinos así como muchos medicamentos recetados o de venta libre pueden afectar su tratamiento de ortodoncia. Es imperativo que usted le informe a su ortodontista de cualquier cambio en su estado de salud general.

Uso de Productos de Tabaco

Se ha demostrado que fumar tabaco aumenta el riesgo de enfermedad de las encías e interfiere con la cicatrización después de una cirugía bucal. Los usuarios de tabaco están también más propensos al cáncer bucal, a la recesión gingival y al movimiento más lento de los dientes durante el tratamiento de ortodoncia. Si usted consume tabaco, deberá considerar la posibilidad de un resultado ortodóncico comprometido.

Herramientas Accesorias de Anclaje Temporal

Su tratamiento puede incluir el uso de una herramienta o herramientas accesorias de anclaje temporal (es decir, tornillos metálicos y/o miniplacas fijados al hueso.)

Existen riesgos específicos relacionados a ellos. Es posible que el tornillo o tornillos se aflojen, lo que requeriría que se les retirara y que posiblemente hubiera que reinsertarlos en otro sitio o reemplazarlos con tornillos más grandes. El tornillo y su material adyacente pudieran tragarse accidentalmente. Si el material de anclaje no puede ser estabilizado durante un período adecuado, pudiera ser necesario un plan de tratamiento alternativo.

Es posible que el tejido que se encuentra alrededor de la herramienta accesoria se inflame o se infecte o que el tejido blando creciese cubriendo la herramienta accesoria, lo que requeriría que se retirase, o una excisión quirúrgica del tejido, y/o el uso de antibióticos o enjuagues antimicrobianos.

Es posible que los tornillos se rompan (al insertarlos o al retirarlos). Si esto ocurriese, la pieza rota puede dejarse en su boca o quitarse quirúrgicamente. Esto pudiera requerir la derivación a otro especialista dental.

Cuando se inserta la, o las herramientas accesorias, es posible que se dañe la raíz de un diente, un nervio o que se perfora el seno maxilar. Por lo general, estos problemas no son significantes; no obstante, pudiese ser necesario un tratamiento dental o médico adicional.

La anestesia local usada cuando se insertan o retiran estos aparatos también tiene riesgos. Le recomendamos avisarle al doctor quien colocará la herramienta accesoria si usted ha tenido problemas con anestésicos dentales en el pasado.

Si ocurriera cualquiera de las complicaciones mencionadas anteriormente, será necesaria una derivación a su dentista familiar o a otro especialista dental o médico para un

tratamiento adicional. Los honorarios por estos servicios no están incluidos en el costo del tratamiento de ortodoncia.

RECONOCIMIENTO

Por la presente, reconozco que he leído y entendido por completo las consideraciones sobre el tratamiento y los riesgos que se presentan en este formulario. Asimismo entiendo que es posible que existan otros problemas que ocurren con menos frecuencia que los que se presentaron, y que los resultados reales pueden diferir de aquellos previstos. Reconozco también que he platicado acerca de este formulario con él, o los ortodoncistas abajo firmantes y que tuve la oportunidad de hacer cualquier pregunta. Me solicitaron que hiciera una elección acerca de mi tratamiento. Por la presente, doy mi consentimiento para el tratamiento propuesto y autorizo a él, o los ortodoncistas que se indican a continuación para que provean el tratamiento.

Asimismo autorizo al, o a los ortodoncistas, para que proporcionen la información sobre el cuidado de mi salud al resto de los profesionales relacionados a ella. Entiendo que los honorarios de mi tratamiento cubren sólo el tratamiento prestado por él, o los ortodoncistas y que el tratamiento suministrado por otros profesionales médicos o dentales no está incluido en el honorario de mi tratamiento de ortodoncia.


Firma del paciente / Padre / Apoderado / Fecha / Huella digital

73205901 15/04-2015



15/04-2015

Mg. Esp. Ana Lavado Torres
Firma del Ortodoncista / Nombre / Fecha
C.O.N. 14164

Marilyn López Correa 15/04/2015

Residente / Fecha

CONSENTIMIENTO PARA REALIZAR TRATAMIENTO DE ORTODONCIA

Por la presente, doy mi consentimiento para la toma de los registros de diagnóstico, que incluyen radiografías, antes, durante y después del tratamiento de ortodoncia, y a los médico(s) mencionado(s) anteriormente, y donde corresponda, al personal que prestará el tratamiento de ortodoncia prescrito por los médicos mencionados anteriormente para la persona arriba mencionada. Entiendo por completo todos los riesgos relacionados con el tratamiento.

AUTORIZACIÓN PARA DIVULGAR INFORMACIÓN DEL PACIENTE

Por la presente, autorizo al médico, o médicos mencionados anteriormente a suministrar a otros prestadores del cuidado de la salud la información referida al cuidado de ortodoncia del individuo arriba mencionado, según corresponda. Entiendo que una vez divulgada, ni los médicos ni el

personal tendrán responsabilidad alguna por cualquier divulgación en el futuro hecha por la persona que reciba esta información.

CONSENTIMIENTO PARA USAR LOS REGISTROS DIAGNOSTICOS

Por la presente, doy mi permiso para el uso de registros de ortodoncia, que incluyen fotografías, tomadas en el proceso de exámenes, tratamiento y retención para el propósito de consultas profesionales, investigación, educación o publicación en revistas profesionales.

Daniel Horante Mendoza



15-04-2015

Firma del paciente / Padre / Apoderado / Nombre / Fecha

PLAN DE TRATAMIENTO RESUMIDO:

SE presenta el caso a lo especializado de ortodoncia
de unip lateral de Maloclusión Clase III por protrusión
mandibular buscando como tratamiento: tx ortodóncico
Prequirúrgico - Cirugía ortognática maxilar inferior
Subtotal de una tx + protocolo post-quirúrgico